



Turun yliopisto
University of Turku

MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPOTILAI- DEN PALVELUKETJUN ONGELMIEN HAVAINNOINTI JA ANALYSOINTI

**Case: Turun kaupungin hyvinvointitoimialan Palvelumuotoilul-
la Parempia Palveluita Riskiryhmille (PPPR) -projekti**

Master's Thesis in Operations & Supply
Chain Management

Liiketaloustiede, toimitusketjujen johta-
misen pro gradu -tutkielma

Author/Laatiija:
Matias Heikkilä

Supervisors/Ohjaajat:
Juuso Töyli
Harri Lorentz

26.5.2016
Turku



Turun kauppakorkeakoulu • Turku School of Economics

Sisällysluettelo

1	JOHDANTO	7
1.1	Aiheen tausta ja merkitys	7
1.2	Tutkimuskysymykset ja tutkimuksen rakenne	9
2	SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLTOALA	11
2.1	Toimintaympäristö	11
2.1.1	Markkinoiden erityispiirteet	11
2.1.2	Palveluiden järjestäminen	12
2.1.3	Mielenterveys- ja päihdepalvelujen rakenne	16
2.1.4	Tuottavuuden kehitys ja toimintaympäristön keskeisimmät muutokset	17
2.2	Palveluketjut- ja prosessit	19
2.2.1	Terveystenhuollon palveluketjujen- ja prosessien erityispiirteet	19
2.2.2	Palvelutuotannon eri muodot ja johtaminen	23
2.2.3	Henkilöstön toimintatavat	29
3	PALVELUKETJUN SUORITUSKYKY JA LAATU	33
3.1	Suorituskyky	33
3.1.1	Tuottavuus, kustannustehokkuus ja kustannusvaikuttavuus	33
3.1.2	Panosten arviointi palveluketjussa	36
3.1.3	Vaikuttavuuden arviointi palveluketjussa	40
3.2	Laatu	42
3.2.1	Laadun määritelmät terveydenhuollossa	42
3.2.2	Laadun suhde kustannuksiin	44
4	TYÖKALU AINEISTON ANALYSOIMISEKSI	47
5	MENETELMÄT	50
6	PALVELUKETJUN ONGELMIEN ANALYSOINTI	53
6.1	PPPR-projektin toimintaympäristö	53
6.1.1	Mielenterveys- ja päihdepotilaiden sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut	53
6.1.2	Uusien palvelumallien toimintaperiaatteet	55
6.2	Henkilöstönäkökulma	57
6.3	Prosessinäkökulma	63

6.4	Asiakasnäkökulma	71
6.5	Vaikuttavuusnäkökulma.....	75
6.6	Yhteenveto tuloksista	80
7	JOHTOPÄÄTÖKSET JA TUTKIMUKSEN ARVIOINTI	88
8	YHTEENVETO.....	94
	LÄHTEET.....	97
	LIITTEET	104
	Liite 1 Esimerkkitapaus 1	104
	Liite 2 Esimerkkitapaus 2	105
	Liite 3 Esimerkkitapaus 3	106
	Liite 4 Esimerkkitapaus 4	107
	Liite 5 Esimerkkitapaus 5	108
	Liite 6 Esimerkkitapaus 6	109
	Liite 7 Esimerkkitapaus 7	110
	Liite 8 Esimerkkitapaus 8	111
	Liite 9 Esimerkkitapaus 9	112

Kuvioluettelo

Kuvio 1 Kuntien ja kuntayhtymien koulutuksen, terveydenhoitopalveluiden ja sosiaalipalveluiden kokonaistuottavuuden kehitys 2002–2011 (2002=100) (Kuntien ja kuntayhtymien tuottavuustilasto 2013).	18
Kuvio 2 Kysyntään ja tarjontaan perustuvat terveydenhuollon toimintamallit (DSO-moodit) (Lillrank ym. 2010, 602).....	24
Kuvio 3 Terveydenhuoltopalveluiden prosessit, episodit ja palvelutapahtumat (Lillrank 2011, 196).....	39
Kuvio 4 Asiakaslaadun ja kustannusten tasapaino (mukaillen Silvennoinen-Nuora 2010, 79).....	45
Kuvio 5 Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan vaikuttavuuden osatekijät (Lumijärvi 1999)	47
Kuvio 7 Yleiskuva Turun alueen mielenterveys- ja päihdepalveluista sekä palveluntarjoajista.....	54
Kuvio 8 Ensimmäisen esimerkkitapauksen palveluketju.....	59
Kuvio 9 Kaksoisdiagnoosipotilaiden palveluketju optimitilanteessa	69
Kuvio 10 Vaikuttavuuden suhde panoksiin	76
Kuvio 11 Palveluketjun ongelmien taustat	82

Taulukkoluetelo

Taulukko 1 Palveluprosessien kymmenen yleisintä hukan lähdettä (mukaillen Kollberg 2007)	22
Taulukko 2 Terveystenhuollon toimintamallien aikaperspektiivit sekä kysynnän ja tarjonnan keskeisimmät ominaisuudet (Lillrank ym. 2010).....	26
Taulukko 3 DSO-moodien pääasialliset integroinnin, koordinoinnin sekä kontrolloinnin kysymykset (Lillrank ym. 2010, 604)	27
Taulukko 4 Palveluketjun ongelmien jaottelu eri osa-alueisiin ja näkökulmiin.....	48
Taulukko 6 Esimerkkitapauksen laadun arviointi eri näkökulmista	61
Taulukko 7 Toisen esimerkkitapauksen palveluketjun hukkien tunnistaminen	65
Taulukko 8 Yhteenveto palveluketjuissa havaituista ongelmista	81
Taulukko 9 PPPR-projektin palvelumallien vaikutukset palveluketjuissa havaittuihin ongelmiin.....	85

1 JOHDANTO

1.1 Aiheen tausta ja merkitys

Mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat kasvavan huomion kohteena niiden suuren kansanterveydellisen merkityksen takia. Mielenterveyshäiriöiden yleisyys ei ole muuttunut mutta niihin liittyvä työkyvyttömyys on lisääntynyt voimakkaasti. Mielenterveys- ja päihdeongelmien hoidon suorat kustannukset ovat mittavia. Lisäksi näiden ongelmien epäsuorat kustannukset, kuten menetetystä työpanoksesta ja tuottavuuden laskusta johtuvat, ovat moninkertaisia suoriin kustannuksiin nähden. Mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat toisistaan erillään hajanaisessa palvelujärjestelmässä. Mielenterveyspalvelut sijoittuvat pääosin terveystoimeen ja päihdehuollon palvelut sosiaalitoimeen. Palvelujärjestelmän hajanaisuus vaikeuttaa hoitoon pääsyä ja edesauttaa hoidosta putoamista. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma – – 2012, 13.)

Palvelumuotoilulla parempia palveluita riskiryhmille -projektin (PPPR) tavoitteena on kehittää sosiaali- ja terveyspalveluita vastaamaan paremmin palveluiden suurkuluttajien, erityisesti päihde- ja mielenterveysasiakkaiden tarpeita (Turun kehittämisosion toiminnan kuvaus ja tilannekatsaus). Projektin taustalla on tutkimus- ja havaintotieto siitä, että pieni osa sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakkaista käyttää valtaosan palveluista. PricewaterhouseCoopersin (lyh. PwC) tekemän Turun potilasvirta-analyysin mukaan suuri osa palveluiden käytöstä kohdistuu pieneen osaan asiakkaita. 66 prosenttia terveydenhuollon tapahtumista kohdistuu palveluita eniten käyttävään neljännekseen. Noin puolet turkulaisista käyttää terveyspalveluita harvoin ja satunnaisesti mutta kuitenkin noin 82 prosentilla oli selvityksen tarkasteluajankohtana (2009–2011) ainakin yksi kontakti julkiseen terveydenhuoltoon. (Turun sosiaali- ja terveystoimen potilasvirta-analyysi 2012.)

PPPR-projekti keskittyy erityisesti asiakkaisiin, joilla on kaksoisdiagnoosi. Tämä tarkoittaa asiakkaita, joilla on samanaikaisesti päihdeongelma, F-diagnoosi eli mielen-terveysongelma ja myös muita terveysongelmia. Kyseisten potilaiden hoito on haasteellista erityisesti siksi, että palvelujärjestelmän toiminta on organisaatiolähtöistä, eikä prosesseja tarkastella asiakkaan näkökulmasta. (Turun kehittämisosion toiminnan kuvaus ja tilannekatsaus.) Lisäksi Turun sosiaali- ja terveystoimen potilasvirta-analyysissä (2012) on todettu, että Turun potilasvirtoja ei ohjata systemaattisilla prosesseilla vaan kolmen vuoden aikana muodostuneita potilasvirtojen eri variaatioita oli yli 100 000. Tämän perusteella analyysissä on todettu, että potilasvirrat ovat tällä hetkellä ensisijaisesti yksittäisten terveydenhuollon ammattilaisten ohjauksen tai asiakkaan oman palveluihin hakeutumisen perusteella ohjautuvia prosesseja. Palveluiden suurkuluttajien joukossa on lisäksi paljon asiakkaita, joilla on diagnooseja monista eri pääryhmistä.

Tällöin yhden diagnoosin hoito voi olla ohjattua mutta potilaan kaikkien diagnoosien hoitoja ei koordinoita kokonaisuutena, vaikka se olisi hoitotuloksen ja palvelutuotannon tehokkuuden kannalta paras vaihtoehto. (Turun sosiaali- ja terveystoimen potilasvirta-analyysi 2012.) Päihde- ja mielenterveysasiakkaiden palveluiden käyttö koostuu usean eri toimijan tarjoamista palveluista, monen eri ammattialan yhteistyöstä sekä julkisen ja kolmannen sektorin yhteistyöstä. Palveluprosessin johtaminen on siis haasteellista myös eri ammattiryhmien johtamisen kannalta. (Turun kehittämisosion toiminnan kuvaus ja tilannekatsaus.)

Edellä mainittuihin seikkoihin perustuen Turun sosiaali- ja terveystoimen potilasvirta-analyysissä (2012) on annettu suosituksia, joiden mukaan eri palveluiden ohjaus- ja hoitomallien tulisi perustua palveluiden käyttöön perustuvaan asiakassegmentointiin. Olennaista on luoda eri toimintamallit palveluita paljon käyttäville ja palveluita vain satunnaisesti ja harvoin käyttäville asiakkaille. Suurkuluttajien hoitomallin tulisi perustua aktiiviseen hoitosuunnitelmaan ja hoito-ohjelmaan. Kaupungin tulisi lisäksi ottaa aktiivinen rooli suurkuluttajien asiakassegmentin hoitamisessa niin, että ylimääräiset palvelukontaktit voitaisiin välttää. Palveluiden suurkuluttajien palveluketjujen koordinoitua vaikeuttavat lisäksi käytössä olevat nykyiset potilastietojärjestelmät, jotka eivät lähtökohtaisesti tue asiakasnäkökulmasta tehtävää palveluiden seurantaa, ja joista on työlästä kerätä palveluiden seurantaan tarvittavia tietoja. (Turun sosiaali- ja terveystoimen potilasvirta-analyysi 2012.)

PPPR-projektin tavoitteet mukailevat tarkasti Turun sosiaali- ja terveystoimen potilasvirta-analyysissä (2012) tehtyjä suosituksia. Projektin päätavoitteena on luoda asiakaslähtöisiä sosiaali- ja terveyspalveluita hankkeen kohderyhmälle palvelumuotoilun ja johtamisen keinoin, kehittää hankkeen kohderyhmän palveluiden johtamismalleja ja palveluiden kehittämisen käytäntöjä sekä luoda edellytyksiä kehittää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilastietojärjestelmiä. Jos näihin tavoitteisiin päästään, ovat projektin odotetut vaikutukset seuraavanlaisia (Turun kehittämisosion toiminnan kuvaus ja tilannekatsaus):

- Palvelut kohdistuvat paremmin niitä tarvitseville, palveluiden ja hoidon oikea-aikaisuus paranee ja ennaltaehkäisy tehostuu.
- Syrjäytyminen vähenee ja riskiryhmien osallisuus lisääntyy.
- Asiakkaiden kokema hyöty käyttämistään palveluista paranee.
- Palveluiden kustannustehokkuus- ja vaikuttavuus paranevat.
- Henkilöstön osaaminen kasvaa ja riskiryhmiä koskeva tietoisuus lisääntyy.
- Potilas- ja asiakastietojärjestelmät palvelevat paremmin käyttäjiä ja asiakkaita ja niiden hallinta ja käytettävyys paranevat.

Vaikutusten saavuttamiseksi projektissa luodaan uusia toimintakonsepteja ja palvelumalleja hyödyntäen esimerkiksi palvelumuotoilua ja moniammatillista johtamis-

ta. Palvelumuotoilu tarkoittaa tässä ensisijaisesti palveluiden suunnittelua niin, että kaikki palveluiden sidosryhmät suunnittelevat uusia konsepteja ja malleja yhdessä. Palveluiden sidosryhmiä ovat esimerkiksi eri ammattikuntien sekä yksityisen, julkisen ja kolmannen sektorin edustajat ja työntekijät sekä hankkeen kohderyhmään kuuluvat asiakkaat. Moniammatillisen johtamisen tarkoituksena on luoda toimivia moniammatillisia tiimejä, jotka tarjoavat asiakkailla matalan kynnyksen palveluita saumattomalla yhteistyöllä. (Turun kehittämisosion toiminnan kuvaus ja tilannekatsaus.)

1.2 Tutkimuskysymykset ja tutkimuksen rakenne

Tämä tutkimus on osa PPPR-projektin laajempaa arviointia. Tutkimus keskittyy analysoimaan potilaiden aikaisempien palveluketjujen ongelmia ja niitä mekanismeja, joilla PPPR-projektin uudet palvelumallit voivat parantaa palveluketjujen kustannustehokkuutta ja -vaikuttavuutta. Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Mitä ongelmia päihde- ja mielenterveyspotilaiden palveluketjuissa voidaan havaita?
2. Millä mekanismeilla PPPR-projektin uudet palvelumallit voivat parantaa palveluketjujen kustannustehokkuutta ja -vaikuttavuutta?

Palveluketjujen ongelmia havainnoidaan PPPR-projektissa luotujen esimerkkitapauksien avulla. Esimerkkitapaukset pohjautuvat todellisiin asiakastapauksiin ja ne on alun perin koottu projektin työntekijöiden koulutustarkoituksiin. Tarkempi kuvaus tutkimuksen menetelmästä löytyy kappaleesta 4. Esimerkkitapauksissa havaittujen ongelmien perusteella pyritään selvittämään, miten PPPR-projektin uudet palvelumallit vaikuttavat näihin ongelmiin, eli miten ne voivat parantaa palveluketjujen kustannustehokkuutta ja -vaikuttavuutta. Toisaalta esiin voi tulla myös sellaisia ongelmia, joihin uudet palvelumallit eivät vaikuta tai, joihin ei edes voida vaikuttaa.

Silvennoinen-Nuoran (2010, 115) mukaan vaikuttavuutta voidaan tarkastella sekä asiakasvaikuttavuutena että yhteiskunnallisen vaikuttavuutena. Asiakasvaikuttavuus ilmenee jonkinlaisena muutoksena tai terveydentilan vakaana pysymisenä potilaan elämässä. Lääketieteellisesti optimaalinen vaikuttavuus tarkoittaisi sairaudesta parantumista mutta pitkäaikaissairaiden kohdalla tämä ei useinkaan ole mahdollista. Siksi vaikuttavuuskäsitteeseen sisältyy myös työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen eli terveydentilan vakaana pysyminen. Kustannusvaikuttavuus tarkoittaa vaikutusten, eli esimerkiksi suoritetun aiheuttaman terveydentilan muutoksen, suhdetta kustannuksiin (Kangasharju 2008, 22).

Tutkimuksen rakenne kuvaa tapaa, jolla tutkimuskysymyksiin pyritään vastaamaan. Teorian osuus tutkimuksesta on suuri ja se on vahvasti esillä myös tutkimuksen analyysikappaleissa. Laaja teoriapohja antaa valmiudet käsitellä tutkimusmateriaalia laajasti ja monista eri näkökulmista. Tutkimuskysymyksiin vastaamiseksi on ensin koottu aiheeseen liittyvä teoria, jonka avulla aineisto on analysoitu. Tutkimuksen teoriaosuus olisi voitu rakentaa myös tutkimuksen empiirisessä osiossa esiteltyjen neljän eri näkökulman perusteella. Tämä vaihtoehto kuitenkin hylättiin, koska kyseiset näkökulmat ovat osin päällekkäisiä, ja tuloksena olisi ollut turhaa toistoa.

Tutkimuskysymykset ovat rajattu koskemaan vain PPPR-projektin kohderyhmään kuuluvien kaksoisdiagnoosipotilaiden palveluketjuja. Tutkimuksen tulosten pohjalta voidaan kuitenkin tehdä joitain yleistyksiä myös muiden sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden palveluketjujen ongelmista ja niiden syistä. Tulosten pohjalta voidaan myös osittain arvioida muita sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisprojekteja. Tarkoituksena on kuitenkin tutkia vain yllä mainittua kohderyhmää ja mahdolliset yleistykset ovat luonteeltaan arvioita.

2 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLTOALA

2.1 Toimintaympäristö

2.1.1 *Markkinoiden erityispiirteet*

Terveyspalvelut ovat markkinoiden näkökulmasta erityisessä asemassa, koska yhteiskunta ei välttämättä halua, että sairaan tai loukkaantuneen henkilön olisi tehtävä markkinapäätöksiä hoidostaan. Ei voida odottaa, että sairastuneella henkilöllä olisi aikaa ja malttia, tai mielenlaatua, arvioida vaihtoehtoja hoidon tarjontaa markkinaolosuhteissa. Toiseksi, sairastuneiden henkilöiden ei tulisi olla velvollisia tekemään markkinapäätöksiä, koska he ovat yleisesti valmiita maksamaan suuria summia hoidostaan. Koska henkilöt haluavat yleensä välttämättömästi tulla terveiksi, markkinatransaktiot saatavat välitöntä hoitoa hakevat henkilöt kiristyksen vaaraan. Hoidoilla ja markkinatransaktioilla on kuitenkin välitön läheisyys, joten terveydenhuoltoon liittyy yleisesti vakuutusten ostaminen. Vakuutusten avulla markkinoilla esiintyvät rahalliset korvaukset eivät ole ensisijaisessa asemassa hoitoa haettaessa. Suomessa olevasta universaalista vakuutussuojasta seuraa kuitenkin toisenlaisia ongelmia. Joitakin sairauksia tai vaivoja, kuten selkävaivoja tai hallusinaatioita, on ensinnäkin vaikea vahvistaa. Toisaalta, jollain henkilöllä saattaa esimerkiksi olla pakonomainen tarve käyttää terveydenhuollon palveluita ja tekemällä näin he nostavat keinotekoisesti terveydenhuollon kustannuksia. Myös moraalikato vaikuttaa vakuutuksiin jos vakuutetut ihmiset ottavat enemmän terveyteen liittyviä riskejä. Edellä esitettyjen ongelmien laajuus on kuitenkin kokonaisuudessaan melko pieni. (Hillman 2003, 618–621.)

Universaalista vakuutussuojasta voi kuitenkin seurata myös suurempia ongelmia, jotka osaltaan vaikuttavat myös tämän tutkimuksen aihepiiriin. Koska terveydenhuoltopalveluiden tarjoajien on hoidettava kaikkia ihmisiä, voivat he esittää, että valtion on rahoitettava kaikki tappiot, joita toiminnassa voi syntyä. Valtiosta tulee siis palveluiden viimeinen rahoittaja, jolloin palveluntarjoajilla voidaan sanoa olevan ns. ”pehmeän budjetin rajoitteet” (engl. soft-budget constraint). Tämä tarkoittaa sitä, että palveluntarjoajat tietävät etukäteen, että kaikki tappiot korvataan, mikä vähentää kannustimia kustannusten hallintaan. Jos valtio yrittää hallita kustannuksia kieltäytymällä rahoittamasta tappioita, voivat palveluntarjoajat teoriassa käynnistää terveydenhuollollisen kriisin olemalla tarjoamatta palveluita. Suomen tapauksessa valtio toimii viimeisenä rahoittajana suoraan valtion kokonaisbudjetin kautta. ”Pehmeä budjetti” muodostuu erityisen ongelmalliseksi, jos terveydenhuolto politisoituu valtion suoran terveydenhuollollisen vas-

tuun kautta. Tällöin terveydenhuollon pehmeä budjettirajoite yhdistyy julkisen byrokratian pehmeään budjettirajoitteeseen. (Hillman 2003, 626.)

Terveydenhuollon markkinoihin liittyy yleisesti myös epäsymmetrinen informaatio. Sairastuneen henkilön voi olla vaikea arvioida erilaisia hoitomuotoja. Toisaalta sairastuneet henkilöt eivät itse tavallisesti tiedä miksi he ovat sairaana ja mikä heidän tapauksessaan olisi tehokkain hoitomuoto. Tällaisissa tilanteissa palveluntarjoajilla on teoreettinen tilaisuus opportunistiselle käyttäytymiselle. Epäsymmetrisen informaation takia valtio kontrolloi ja valvoo terveydenhuoltoa. Lisäksi terveydenhuolto ei usein ole tarkkaa tiedettä. Informaatio ei aina ole epäsymmetristä niin, että palveluntarjoaja tietää ja asiakas ei tiedä. Sen sijaan palveluntarjoajakaan ei välttämättä aina tiedä syytä potilaan terveysongelmille. (Hillman 2003, 618.)

Yleiseen vapaan markkinatalouden teoriaan kuuluu ajatus siitä, että hyödyt kasvavat kulutuksen mukana, kun ihmiset tekevät yksilöllisiä informoituja päätöksiä markkinoilla. Kun tällaisessa tapauksessa ihmiset vapaaehtoisesti kuluttavat enemmän, he yleensä myös saavat enemmän. Terveydenhuollon tapauksessa, epäsymmetrisen informaation johdosta, ei aina ole selvää mitä me olemme ostamassa. Useissa tutkimuksissa on selvitetty johtaako suurempi kulutus terveydenhuollossa, lisättyjen hoitotoimenpiteiden myötä, parempiin terveydellisiin vaikutuksiin. Johtopäätöksenä on tultu siihen, että vaikutukset eivät yleensä kasva vaikka kulutus lisääntyisi (Hillman 2003, 620.) David Cutlerin (2000, 52) mukaan kansainvälisissä vertailuissa on saatu samanlaisia tuloksia. Hänen mukaansa ihmiset, jotka elävät lähempänä korkeaa teknologiaa soveltavia sairaaloita saavat todennäköisemmin korkeaa teknologiaa soveltavaa hoitoa kuin kauempana tällaisista sairaaloista elävät ihmiset. Kuitenkin näiden ihmisten terveydentilassa tapahtuneet muutokset ovat melko samankaltaisia.

2.1.2 Palveluiden järjestäminen

Julkiset palvelut rahoitetaan pääosin verovaroin. Palvelusta riippuen, sen käytöstä voidaan periä kustannuksia alhaisempi käyttäjämaksu tai palvelut järjestetään kustannusvastaavasti. Käyttäjämaksujen tarkoituksena ei ole vaikuttaa palvelutuotantoyksiköiden päätöksentekoon, vaan lähinnä rahoittaa palveluita ja ohjata asiakkaiden käyttäytymistä. Suurin ero yksityiseen markkinatalouteen on se, että resurssit kohdennetaan julkisiin palveluihin pääosin poliittisen päätöksenteon mukaisesti eikä markkinoiden kautta. Palveluissa tarjotut hyödykkeet ovat valtion ja kuntien määrittelemiä, eikä asiakkailla ole välitöntä, itse vaihdantatapahtumassa realisoituvaa, mahdollisuutta vaikuttaa palvelujen sisältöön ja saatavuuteen. (Yksityisen palvelutuotannon rooli – 2005, 17–18.) Toisin sanoen, palvelutarjonta on useimmiten etukäteen määritelty poliittisen päätöksenteon

kautta koko väestön tarpeita ajatellen ja näin ollen yksittäisen asiakkaan mielipiteellä ei ole suurtakaan merkitystä palveluiden suunnittelussa.

Julkisen hallinnon yksiköt vastaavat rahoituksesta, tuotannon suunnittelusta ja toteutuksesta. Perinteisesti yksityinen sektorin osallistuminen on perustunut alihankinnan-omaisiin yksittäisiin järjestelyihin mutta sillä ei ole ollut mitään suurempaa osaa palvelujärjestelmässä. (Yksityisen palvelutuotannon rooli – – 2005, 17–18.) Tosin viime vuosina kunnat ovat lisääntyneesti ulkoistaneet toimiaan ja siirtyneet kohti ns. monituottajamallia.

Julkisten palvelujen resurssien kohdistamisen voidaan siis sanoa olevan suunnitteluun pohjautuvaa. Suunnitteluun pohjautuvan resurssien kohdistamisen hyviä puolia Suomessa on ollut se, että suhteellisen nopeassa ajassa kyettiin rakentamaan toimivan hyvinvointiyhteiskunnan pohja. Tämän kautta kansalaisille on voitu tarjota koko maan kattavat samantasoiset sekä vakaat ja ennakoitavat palvelut. Suunnitteluun perustuvaan resurssien kohdistamiseen liittyy kuitenkin myös ongelmia. Kun päätöksiä ei tehdä markkinasignaalien mukaan, on tuloksena usein esimerkiksi jonojen ja ylikapasiteetin esiintymistä samanaikaisesti. Palveluiden tuotantotapa on usein massaorientoitunut ja perustuu tuotantoyksiköihin, joissa kiinteät kustannukset saattavat nousta suhteettoman suuriksi. Tästä johtuen voi samanaikaisesti esiintyä sekä liian pieniä että liian suuria tuotantoyksiköitä. (Yksityisen palvelutuotannon rooli – – 2005, 18.)

Palvelun tarjonnan päätökset ovat julkisissa palveluissa ongelmallisia, koska julkiset palveluntarjoajat eivät voi merkittävästi käyttää hintamekanismia kysynnän säätelyyn. Tämä on ongelmallista erityisesti ns. elintärkeissä palveluissa, joissa pitää tehdä arvovalintoja eri terveys- ja sosiaalipalveluille kohdistettavissa resursseissa. Väistämättä tulee myös tilanteita, joissa palvelun kysyntä ylittää palvelun tarjonnan tai kustannukset ylittävät palveluntarjoajalle annetun budjetin. Julkiset palvelut ovat myös ongelmallisessa tilanteessa asiakaskuntansa laajuuden perusteella. Esimerkiksi yksityisillä yhtiöillä, joiden asiakkaat ovat yksityishenkilöitä, on usein paljon selkeämpi kuva siitä keitä heidän asiakkaansa ovat. Kun nämä asiakkaat ovat tyytyväisiä, pitäisi yhtiönkin olla menestyvä. Julkisella sektorilla palveluiden asiakkailla on vain vähän valtaa vaikuttaa palveluiden sisältöön ja tavoitteisiin. Usein palveluihin liittyvät päätökset tehdään siis organisaation sisäisen näkemyksen mukaan ja usein poliitikoilla on suuri valta palveluiden prioriteettien suunnittelussa. Julkiset palvelut voivat myös usein olla ristiriitaisia yhteisen hyvän sekä palvelua käyttävien yksilöiden tarpeiden ja näkemysten välillä. (Johnston ym. 2012, 33.)

Suomessa sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannustehokkuutta on pyritty kehittämään muun muassa ulkoistamalla palveluja ja siirtymällä ns. tilaaja-tuottaja-malliin, jossa palvelun tilaaja ja tuottaja eriytetään. Ns. ulkoisella tilaaja-tuottaja-mallilla tarkoitetaan toimintamallia, jossa osa palveluista ulkoistetaan yksityisille palveluntarjoajille. Useimmat suomalaiset kunnat ovat toteuttaneet juuri ulkoista tilaaja-tuottaja-mallia.

Osissa kuntia tilaaja-tuottaja-mallin periaatteilla järjestetään sekä kunnan omat että ulkoisten palveluntarjoajien palvelut. Molemmissa toimintatavoissa toiminnan ohjaus tapahtuu sopimuksin. (Junnila ym. 2012, 7.)

Tilaaja-tuottaja-mallit voidaan erotella näennäismarkkinoihin, puolittaismarkkinoihin, säänneltyihin markkinoihin ja ulkoisiin markkinoihin. Mallien erot syntyvät lähinnä markkinoilla olevista osapuolista ja markkinoiden järjestämistavoista. Näennäismarkkinoilla tuottajan valitseminen käy käytännössä ilman kilpailutusta, koska julkinen tilaaja ja tuottaja on erotettu toisistaan vain hallinnollisesti ja kummallakaan puolella ei ole kilpailevia toimijoita. Kilpailua voidaan saada haastamalla tuottajapuolen hintoja, laatua ja muuta suorituskkyä vertaamalla niitä vastaavien muiden palveluntuottajien suorituskkyyn. Puolittaismarkkinoilla on yksi julkinen tilaaja mutta monta kilpailevaa tuottajaa. Puolittaismarkkinat muuttuvat säännellyiksi markkinoiksi esimerkiksi ottamalla käyttöön palvelusetelit. Palveluseteleillä palvelun käyttäjillä on mahdollisuus hankkia ja valita itse tarvitsemansa palvelut. Julkinen tilaaja kuitenkin päättää ne palveluntarjoajat, jotka saavat osallistua markkinoihin ja millä ehdoilla palveluntarjoajat voivat kilpailla. Kun kilpailussa on mukana yksityisiä voittoja tavoittelevia sekä kolmannen sektorin ja järjestökentän voittoja tavoittelemattomia palveluntuottajia, puhutaan ulkoisista markkinoista. (Junnila ym. 2012, 34.)

Termiä ostopalvelu käytetään usein keskusteltaessa tilaaja-tuottaja-mallista. Ostopalveluja voidaan pitää yläkäsitteenä kaikelle sellaiselle kunnallisten palvelujen ostamiselle, joihin ei kuulu viranomaistoimintoja. Ostopalveluja ovat esimerkiksi asumis- ja hoivapalvelujen hankinta yksityiseltä palveluntuottajalta. Ostot voidaan jakaa hankintoihin muilta julkisilta organisaatioilta, kuten kuntayhtymiltä, muilta kunnilta ja valtiolta, ja yksityisiltä palveluntuottajilta. (Junnila ym. 2012, 34.)

Organisaatioteorian näkökulmasta tilaaja-tuottaja-malli voidaan nähdä järjestelmän hajautumisena ja monimutkaistumisena (Junnila ym. 2012, 36). Palveluntuottajakentän monimutkaistumista on myös kuvattu käsitteellä monituottajamalli. Ala-Nikkolan ja Sipilän (1996, 18) mukaan Suomessa terveys- ja sosiaalipalvelujen tuottaminen siirtyy yhä laajemmin monituottajamalliin. Monituottajamallissa järjestöt ja yritykset tuottavat entistä suuremman osan palveluista, jolloin palvelujen tuottamiseen osallistuu erilaisin periaattein toimivia organisaatioita. Tästä syntyy sekä hyötyjä että haittoja. Hyötyjä ovat esimerkiksi yksityisten yritysten tehokas työvoiman käyttö sekä järjestöjen mahdollisuus käyttää vapaaehtoisia työntekijöitä. Monituottajamallista on kuitenkin myös paljon negatiivisia kokemuksia. Ala-Nikkolan ja Sipilän (1996, 18–19) mukaan keskeisiä ongelmia ovat:

- Järjestelmän kokonaiskustannusten on havaittu kasvavan rahoittajien määrän kasvaessa.
- Hallintotehtävät lisääntyvät ja yksiköiden koordinointi vaatii enemmän resursseja, kun toimivia yksiköitä on paljon.

- Kun toiminta jakaantuu moniin erikoistuviin ja itsenäisiin yksiköihin, on niiden vaikeampaa hyödyntää suurtuotannon investointietuja.
- Palveluntarjoajien ja palveluiden rahoittajien intressit voivat eriytyä.
- Palveluntarjoajien vastuut voivat kaventua, kun julkisen sektorin laaja yhteiskunnallinen vastuu vaihtuu suppeampaan yritysten ja järjestöjen vastuuseen.
- Palveluista riippuvaisten asiakkaiden on vaikea toimia odotusten mukaisesti kuluttajina esimerkiksi yksityisen sektorin näkökulmasta.
- Palveluntarjoajien kannattaa aina jättää hoidoltaan keskimääräistä kalliimmat potilaat muiden hoidettavaksi, jos niiden rahoitus perustuu ainoastaan asiakastapausten hinnoitteluun.
- Palveluntarjoajien asiakastapausten hinnoitteluun perustuva rahoitus voi johtaa myös työvoiman tason laskuun, jos ne pyrkivät parantamaan kustannustehokkuuttaan käyttämällä ammattitaidottomampaa ja halvempaa työvoimaa.

Yllä lueteltujen ongelmien syyt voidaan johtaa osittain myös palvelutuotannon kilpailutuksen ongelmiin. Kunnan pyrkimys kilpailutuksessa on useimmiten halvimman hinnan saavuttaminen. Pelkkään hintaan perustuvalla palvelutuottajien hankinnalla voi kuitenkin olla ei-toivottuja vaikutuksia, kuten edellä on mainittu. Pahimmillaan se voi johtaa palvelutuotannon hajautumiseen, joka saattaa vaarantaa asiakkaan palveluketjun toimivuuden. Tilanne voi kuitenkin olla erilainen monien tukipalvelujen kohdalla, joissa tuottajien hajanaisuus ei välttämättä vaikuta oleellisesti palveluketjujen suorituskykyyn tai laatuun. (Junnila ym. 2012, 97.) Toisin sanoen esimerkiksi ruokapalvelujen kilpailutuksessa voi olla perusteltua käyttää hintaa merkittävämpänä kriteerinä palvelun tuottajan valinnassa. Tällaisten tukipalvelujen kohdalla palvelun sisältö on melko pitkälle standardoitu ja palveluntuottaja voi keskittyä kustannusten minimoitiin, ilman että sillä on suuria vaikutuksia asiakkaan koko palveluketjun toimivuuteen. Toisaalta, esimerkiksi päihdeasiakkaiden laitostuntoutuksen kilpailutuksessa, pelkkä hintaan perustuva kilpailutus ei välttämättä toimi. Jos palveluntuottajan rahoitus perustuu hoidettujen asiakastapausten määrään, ei palveluntarjoajien kannata ottaa hoidettaviksi potilaita, joiden hoito vaatisi keskimääräistä enemmän resursseja. Tässä tilanteessa se korvaus, joka palveluntarjoajalle maksetaan yhden potilaan hoidosta, ei välttämättä kata kaikkia hoidosta syntyneitä kustannuksia. Yksityisten palveluntuottajien suppeasta yhteiskunnallisesta vastuusta johtuen, keskimääräistä kalliimman potilaan hoitamatta jättäminen ei synnytä heille lisäkustannuksia samoin kuin kunnalle tai valtiolle. Yksityiset palveluntarjoajat toimivat siis heille sopimuksessa määriteltujen kannusteiden mukaan, eivätkä julkisen sektorin laajan yhteiskunnallisen vastuun mukaan. Yksityisen sektorin käyttäminen esimerkiksi päihde- ja mielenterveysasiakkaiden palveluissa on ongelmallista myös siksi, että optimaalisessa tilanteessa palveluntarjoajan tulisi hoitaa potilasta niin, että tämä ei enää tarvitsisi palveluita jatkossa. Yksityisen yrityksen näkökulmasta

asiakaskuntaa tulisi siis aktiivisesti vähentää ja varmistaa että asiakkuus ei uusiudu tai jatku tarpeettoman pitkään. On selvää, että tämä aiheuttaa ongelmia palveluiden järjestämisessä ja kilpailuttamisessa

2.1.3 Mielenterveys- ja päihdepalvelujen rakenne

Mielenterveystyöstä säädetään Mielenterveyslaissa. Mielenterveystyöhön kuuluvat ne palvelut, joita annetaan mielisairauksia ja muita mielenterveydenhäiriöitä poteville henkilöille lääketieteellisen perustein arvioitavan sairauden tai häiriön vuoksi. Näitä palveluita kutsutaan mielenterveyspalveluiksi. (Kapiainen ym. 2014, 43) Palvelut tuotetaan yleensä kuntien ostopalveluna, käyttäjien Kansaneläkelaitoksen tuella tai kokonaan itse maksamina. Tämän lisäksi rahoitukseen osallistuvat esimerkiksi vakuutusyhtiöt. Mielenterveyspalveluiden tuottamiseen osallistuvat siis varsin monet toimijat ja lopputuloksena kuntien välillä on suuriakin eroja palveluiden tuottamisessa. (Moring 2010, 32.)

Lievät mielenterveysongelmat hoidetaan terveyskeskus-, työterveys- tai yksityislääkärin vastaanotolla. Terveyskeskuksissa toimivien psykiatristen sairaanhoitajien, depressiohoitajien ja terveyskeskuspsykologien vastaanotolle pääsee terveyskeskuslääkärin läheteellä tai ilman lähetettä. Vaikeissa mielenterveyshäiriöissä tarvitaan psykiatrista erikoissairaanhoitoa, joka tarkoittaa poliklinikkavastaanottoa tai sairaalahoitoa, johon potilas voidaan ohjata läheteellä. Potilas voidaan joissakin tilanteissa ottaa mielenterveyslain mukaan myös tahdosta riippumattomaan sairaalahoitoon. Sairaalahoidon jälkeen erikoissairaanhoito voi jatkua esimerkiksi psykiatrian poliklinikalla, kuntoutuskodissa tai terveyskeskuksessa. (Kapiainen ym. 2014, 43.)

Päihdehuollosta säädetään Päihdehuoltolaissa (Päihdehuoltolaki 41/1986). Päihdehuollon tavoitteena on edistää päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta sekä ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä ja niihin liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja. (Kapiainen ym. 2014, 43.) Päihdepalvelut voidaan järjestää kunnan itse tuottamina palveluina, kuntien yhteisesti tuottamina palveluina sekä ostopalveluina esimerkiksi yksityisiltä palveluntarjoajilta. Järjestöt, säätiöt ja yksityiset palveluntarjoajat tuottivat vuonna 2010 yli puolet päihdehuollon erityispalveluista. Päihdehuollon erityispalvelut eivät ole ainoita paikkoja, joissa päihdeongelmaisia kohdataan. Päihdeongelmaisia kohdataan myös esimerkiksi terveyskeskuksissa, sosiaalitoimistoissa, työterveyshuollossa ja kotipalveluissa. (Partanen 2010, 35–36.)

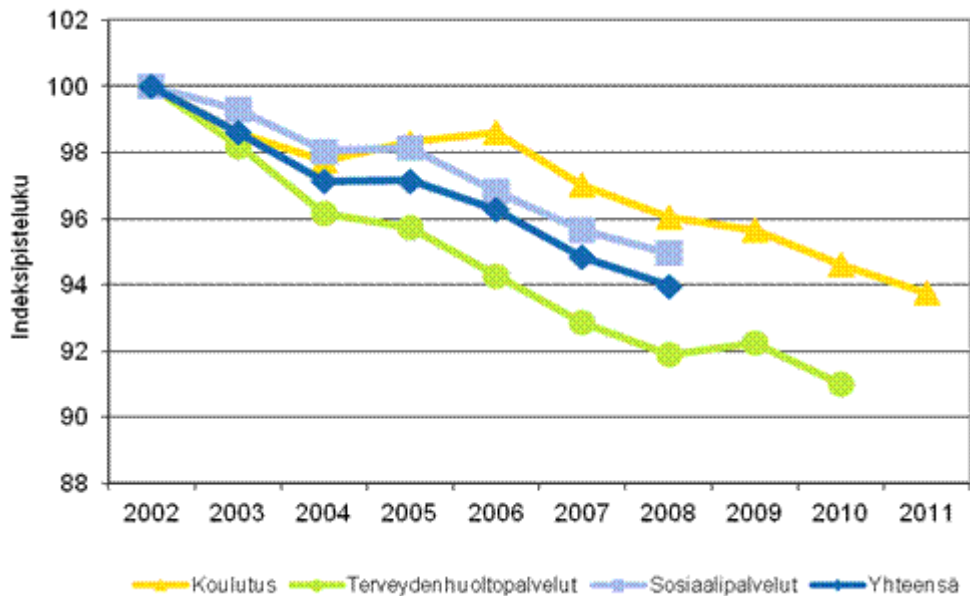
Kunnan tulee järjestää monipuolisia päihdehuollon palveluita ensisijaisesti avohuollon toimenpiteisiin, jotka voivat olla esimerkiksi sosiaalista tukea, katkaisuhoidtoa, ryhmä- tai perheterapiaa ja kuntoutusta. Palveluiden piiriin pitää voida hakeutua myös oma-aloitteisesti mutta laitoshoidtoon ei useinkaan pääse ilman lähetettä. Mikäli avohuollon palvelut eivät ole riittäviä, on laitoshoidto usein tarpeellinen. Laitoshoidossa ta-

pahtuva kuntoutus on keskimäärin noin kuukauden pituinen. Katkaisuhuito on usein lyhytaikaista ympärivuorokautista laitoshoidoa, jonka tavoitteena on potilaan päihteiden käytön keskeyttäminen ja vieroitusoireiden sekä muiden päihteiden aiheuttamien haittojen hoitaminen. Potilaiden hoitoa ja kuntoutusta voidaan tukea myös muilla palveluilla, kuten asumispalveluilla. Päihdepalveluita järjestetään sosiaali- ja terveyspalveluiden toimintayksiköissä, A-klinikoilla, nuorisoasemilla, huumehoidon yksiköissä, katkaisuhuitoasemilla ja kuntoutuslaitoksissa. (Kapiainen ym. 2014, 43.)

2.1.4 Tuottavuuden kehitys ja toimintaympäristön keskeisimmät muutokset

Terveyspalveluilla on yksi kehittyneiden maiden suurimmista julkisen rahoituksen kohteista. Keskeinen ongelma on, että palveluiden kustannustaso ja kulutus kuitenkin nousevat vuosi vuodelta. Kustannustason nousu ja kulutuksen kasvu yhdessä muiden terveydenhuollon kohtaamien haasteiden kanssa korostavat tarvetta terveydenhuollon toiminnan tehostamiselle. Terveyspalveluiden kohtaamia muita haasteita ovat esimerkiksi puutteelliset informaatiojärjestelmät, vähenevät resurssit, potilaiden hoidon monimutkaistuminen sekä lisääntynyt kysyntä korkealaatuisille terveydenhoitopalveluille. Useissa maissa on tunnistettu tarve terveydenhoitopalvelujen kustannusten laskulle, toimintojen ja hoitoprosessien virtaviivaistamiselle, potilaiden hoidon laadun parantamiselle ja koko terveydenhoitoalan vaikuttavuuden ja tehokkuuden lisääntymiselle. Tämä lisää terveydenhoitopalveluiden tarjoajien painetta laskea kustannuksia ja lisätä tuottavuutta. (Helfert 2005.)

Suomessa, niin kuin muissakin kehittyneissä maissa, on erityisesti kannettu huolta terveydenhuoltokustannusten nopeasta kasvusta suhteessa bruttokansantuotteeseen (BKT) (Aaltonen 2007, 3). Tarkasteltaessa OECD-maiden terveydenhuollon BKT-osuutta huomataan, että kun BKT kasvaa, kasvavat myös terveydenhuoltomenot suhteessa BKT:hen. Käytännössä tämä tarkoittaa, että mitä enemmän yhteiskunnassa on käytettävissä olevaa varallisuutta, sitä suurempi osuus siitä käytetään terveydenhoitoon. Terveyspalveluiden BKT-osuus ei käytännössä kerro kuin kulutustottumuksista, ei niinkään terveydenhuollon tehokkuudesta ja tuottavuudesta. Tutkimuksissa on kuitenkin käynyt ilmi, että Suomessa palvelualojen tuottavuus on pudonnut eniten juuri terveydenhuoltoalalla. Lisäksi kansainvälisten tutkimusten mukaan Suomen terveydenhuollon tehokkuus on keskimääräistä alempana. (OECD Economic Surveys: Finland 2012, 29.) Seuraavassa kuviossa on esitettyä Suomen kuntien ja kuntayhtymien koulutuksen, terveydenhoitopalveluiden ja sosiaalipalveluiden kokonaistuottavuuden kehitys vuosien 2002 ja 2011 välillä.



Kuvio 1 Kuntien ja kuntayhtymien koulutuksen, terveydenhoitopalveluiden ja sosiaalipalveluiden kokonaistuottavuuden kehitys 2002–2011 (2002=100) (Kuntien ja kuntayhtymien tuottavuustilasto 2013).

Kuten kuviosta 1 nähdään, terveydenhuoltopalvelujen tuottavuuden kehitystä ei ole voitu laskea vuoteen 2011 asti. Tämä johtuu siitä, että avohoidon käynneistä ei ole saatu edellisvuoden kanssa vertailukelpoisia tietoja johtuen lähdeaineistoissa tapahtuneista muutoksista. Tuottavuustilaston lähteenä on käytetty kansantalouden tilinpidon paikallishallintosektorin toimialoittaisia käypä- ja kiinteähintaisia tuotantotilitietoja. Tuottavuus on tilastossa määritelty tuotosten ja panosten suhteeksi. Tuotosten volyymin laskennassa on käytetty mm. THL:n tuottamia terveydenhuolto- ja sosiaalipalveluiden toimintaa kuvaavia tilasto- ja tutkimustietoja. Kokonaispanokset on laskettu pääasiassa välituotekäytöstä, kiinteän pääoman kulumisista ja palkansaajakorvauksista. Kuvion 1 näyttämällä ajanjaksolla esimerkiksi terveydenhuoltopalveluiden tuotosten volyyymi on kasvanut vain noin 2,1 % vuotuisella kasvuvauhdilla, kun samalla kyseisten palveluiden kokonaispanosten volyyymi on kasvanut noin 3,5 % kasvuvauhdilla. (Kuntien ja kuntayhtymien tuottavuustilasto 2013.)

Kuviosta 1 on nähtävissä, että terveydenhuoltoala ei ole yksin vaikeuksissa, vaan tuottavuusongelmista kärsitään myös muissa julkisissa palveluorganisaatioissa. Terveysthuoltomenot vievät kuitenkin merkittävän osan kaikista julkisista menoista. Terveysthuoltoteknologian kasvavat kustannukset, asiakkaiden nousevat odotukset sekä nopeasti vanheneva väestö alkavat ehdyttää resursseja, jos tuottavuutta ei saada nousemaan. Jos tuottavuuden taso jatkaa laskemistaan, seurauksena voi olla verojen korotuksia ja julkisen palveluntarjonnan rajoittamista. (OECD Economic Surveys: Finland 2012, 29.)

Tilastokeskuksen vuoden 2009 ennusteen mukaan työikäisen väestön (15–64-vuotiaiden) määrän väheneminen voimistuu tulevina vuosina. Ennusteen mukaan työikäinen väestö on vuonna 2020 noin 144000 henkilöä pienempi kuin vuonna 2009. Lisäksi työikäisten ikäluokkien pieneneminen sekä jatkuva eliniän kasvu heikentävät vanhushuoltosuhdetta, eli työikäisten määrää suhteessa 65 vuotta täyttäneisiin, merkittävästi vuoteen 2030 asti. Huoltosuhteen heikkeneminen rasittaa julkisen talouden kestävyyttä heikentämällä talouden tuotantopotentiaalia ja lisäämällä ikäsidonnaisia julkisia menoja, kuten eläke- ja terveydenhuoltomenoja. Mikäli julkinen palveluntarjonta pidetään nykyisellä tasolla, kasvattaa ikärakenteen muutos joka tapauksessa julkisia menoja. (Peruspalveluohjelma 2013–2015 2011, 37–39.)

Lähipuosikymmeniksi arvioidusta julkisten menojen kasvusta noin puolet kohdistuu kuntien vastuulla oleviin terveys- ja sosiaalipalveluihin. Jos näiden palvelujen tuottavuus ei muutu, kasvavat terveyspalvelujen kustannukset noin 1,4 prosenttia ja sosiaalipalvelujen kustannukset noin 1,9 prosenttia vuodessa seuraavien vuosikymmenten aikana. Kuntapalvelujen menokehityksen hidastaminen ja hyvinvointipalvelujen tuottavuuden parantaminen ovat avaintekijöitä niin koko julkisen talouden kuin kuntatason kestävyysongelman ratkaisemisessa. (Peruspalveluohjelma 2013–2015 2011, 37–39.)

2.2 Palveluketjut- ja prosessit

2.2.1 Terveysthuollon palveluketjujen- ja prosessien erityispiirteet

Asiantuntijoiden osaaminen, yhteistyö ja palveluketjun kokonaisuuden ymmärtäminen ovat edellytyksiä potilaiden sujuvalle hoidolle sosiaali- ja terveydenhuollossa. Palveluprosessien johtamisessa suurin osa tapahtuu palvelutuotantoyksiköiden sisäisenä johtamisena mutta potilaiden hoidolle on ominaista, että muodostuu yksikkörajoja ylittäviä palveluketjuja. Tällöin sekä hoidon laatu että kustannukset ovat riippuvaisia useiden palveluntarjoajien hoito- ja palveluprosessien yhteensovittamisesta. Usein yhteensovittamisessa syntyy ongelmia, johon yhtenä syynä on esimerkiksi kappaleessa 2.1.2 esitelty palveluiden tilaaja-tuottaja-menettelystä syntyvä monituottajamalli. (Junnila ym. 2012, 82.)

Monituottajamallin yhteistyöongelmat liittyvät ainakin osittain kunnan omien palveluiden ja yksityisen sektorin tarjoamien palveluiden kilpailutuksen eroihin. Usein vain yksityinen puoli kilpailutetaan ja sopimuskaudet ja sopimusten sitovuus ovat erilaisia. Toisaalta julkisella palveluntuotannolla on useimmiten laajempi tehtäväkenttä ja jousittamisen vaatimus. Näiden tekijöiden johdosta palveluntarjoajien yhteistyö potilaiden hoidossa ei välttämättä ole kaikkia osapuolia hyödyttävää. Tilaajan ja tuottajan erotta-

minen voi siis myös muodostaa yhteensovittamisen ongelmia yksikkörajoja ylittävissä palveluketjuissa. (Junnila ym. 2012, 83.)

Monituottajamallin lisäksi terveydenhuollon prosessuaalista sujuvuutta vaikeuttaa esimerkiksi tehtäväkohtainen erikoistuminen ja toiminnan funktionaalinen organisointitapa. Työn ollessa pitkälle erikoistunutta, voi työntekijän näkökulma olla kapea ja hänen voi olla vaikea nähdä omaa työtään suhteessa muiden työhön. Työn koordinoimiseen tarvitaan usein esimestä, jolla on tarvittava kokonaisnäkemys. Työn erikoistuminen voi synnyttää ongelmia myös työntekijöiden välisessä viestinnässä. (Mintzberg 1979, 69–80; 1983, 24–36.)

Hannuksen (1993, 31) mukaan prosessilähtöisen toiminnan johtamisen tulisi perustua asiakkaan tarpeisiin. Sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut on kuitenkin organisoitu funktionaalisesti, jolloin kukin erikoisosaamisen alue on rajattu omaksi yksiköksi. Funktionaalisesti organisoidut palvelut voivat syventää ammatillista erikoisosaamista ja täten kehittää hoidon laatua, mutta ongelmana on usein yhteistyö eri yksiköiden välillä. Hoito ei toimi kokonaisuutena, koska tilannetta katsotaan asiantuntijoiden eikä potilaan näkökulmasta. Päätöksentekoa saattavat ohjata asiantuntijoiden tarpeet asiakkaiden tarpeiden sijasta. Hoito voi siis olla laadukasta ja kustannustehokastakin, mutta ongelmana voi olla hoidon saatavuus ja palvelu- tai hoitoketjun sujuvuus yksikkörajojen välillä. (Tanttu 2007, 64–65.) Toisaalta erikoistuminen lisää ylhäältä päin tapahtuvan koordinoinnin tarvetta, jolloin koordinoitukustannukset kasvavat funktionaalisen organisaation koon kasvaessa. Tämä voi vähentää erikoistumisella saavutettavia hyötyjä (Tuominen 1981, 169–170.)

Terveydenhuollon alati monimutkaistuessa, hoidon tarjoajat ovat lisänneet tehtävien ulkoistamista erikoistuneille toimittajille ja palveluntarjoajille. Potilaita hoidetaan toimitusketjuissa tai toimitusverkostoissa, joissa yksittäiset interventiot yhdistyvät prosesseiksi ja prosessit hoito- tai palveluketjuiksi. (Lillrank ym. 2011, 194.) Hoitoketjulla tarkoitetaan asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuvaa, sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatorajat ylittävää, suunnitelmallisesti ja yksilöllisesti toteutuvaa hoitoprosessien kokonaisuutta. Terveydenhuollossa termiä hoitoketju käytetään yleensä silloin, kun ketjuun sisältyy vain terveydenhuollollisia toimia. Palveluketju-termiä käytetään silloin, kun ketjuun sisältyy myös muiden toimialojen, kuten sosiaalihuollon, palveluja. (Silvennoinen-Nuora 2010, 92.)

Terveydenhuollossa on kuitenkin myös tilanteita, joissa prosessilähtöinen ajattelu tapa ei toimi. Potilastapaukset ovat vaihtelevia ja työprosessia ei voida aina jatkaa aikataulun tai suunnitelman mukaan. Potilaan terveydentilassa tapahtuvat muutokset, odottamattomat diagnostiset löydöt tai yllättävät reaktiot lääkitykseen voivat vaatia nopeita muutoksia suunniteltuun prosessiin ja toimitusketjuun. Terveydenhuollon monimutkaisten toimitusketjujen, informaatiovirtojen ja asiantuntijatyön takia prosesseja ei usein voida suoraan havainnoida. Toisin kuin esimerkiksi tehtaissa, joissa prosessit ilmenevät

selityksenä empiirisestä todellisuudesta, terveydenhuollon prosessit pitää usein mallintaa erilaisia toimintoja yhdistävinä vuokaavioina. Tässä tilanteessa prosessi ei välttämättä ole kuvaus empiirisestä todellisuudesta, vaan enemmänkin keinotekoinen analyysiyksikkö. (Lillrank ym. 2011, 194.)

Tutkittaessa terveydenhuollon palvelutuotantoa teollisesta ympäristöstä lähtöisin olevien konseptien, kuten prosessien ja toimitusketjujen, avulla, on palveluiden ja tuotteiden tuotannon väliset erot syytä huomioida. Tuotteiden ja palveluiden eroja ovat tutkineet mm. Parasuraman ym. (1985). He ovat tutkimuksessaan erottaneet kuusi asiaa, jotka ovat tunnusomaisia palveluille:

- tuotannon ja kulutuksen erottamattomuus
- asiakkaan osallisuus palveluprosessissa
- abstraktisuus ja immateriaalisuus
- katoavaisuus ja hetkellisyys
- heterogeenisyys
- työintensiteetti.

Tuotannon ja kulutuksen erottamattomuus tarkoittaa palvelun samanaikaista tuottamista ja kuluttamista, mikä on tunnusomaista monille palveluille. Tämä merkitsee laadunvalvonnan vaikeutumista ja korostaa prosessikontrollin tärkeyttä palvelualalla. Terveystenhuollossa ei esimerkiksi useinkaan voida etukäteen tarkastaa hoidon laatua tai määritellä hoidon tai toipumisajan pituutta. Asiakkaan osallisuus palveluprosessissa merkitsee yksinkertaisesti sitä, että asiakas on aina osa sitä prosessia, jossa palvelu syntyy. Asiakkaan osallisuusaste prosessissa voi kuitenkin vaihdella. Palvelun abstraktisuus tarkoittaa, että palvelut ovat usein tekoja, ideoita ja konsepteja, joita ei voi nähdä ja kokea samalla tavalla kuin tuotteita. Koska palvelua ei voi etukäteen kokeilla samalla tavalla kuin tuotetta, on asiakkaan usein luotettava palveluyrityksen maineeseen ostopäätöstä tehdessään. Kun palvelun abstraktisuuden yhdistää terveydenhuoltomarkkinoiden epäsymmetriseen informaatioon, voi syntyä tilanne, jossa potilas ei tiedä tarkkaan mitä hän tarvitsee eikä osaa etukäteen arvioida mahdollisia vaihtoehtoja. Tämän seurauksena potilas voi esimerkiksi ensin hakeutua täysin vääränlaiseen hoitoon tai jättäytyä kokonaan hoidon ulkopuolelle. Palvelujen katoavaisuus viittaa siihen, että palveluita ei voi säästää tai varastoida. Tästä esimerkkinä ovat mm. lääkärivastaanoton varaamattomat tai käyttämättömät ajat. Palvelujen katoavaisuus johtaa ongelmiin kysynnän ja tarjonnan synkronoinnissa ja voi johtaa siihen, että asiakkaiden odotusaika kasvaa tai, että he eivät saa palvelua lainkaan. Julkisissa palveluissa kysynnän ja tarjonnan synkronointi on jo lähtökohtaisesti vaikeaa, koska ne eivät voi käyttää merkittävästi hintamekanismia kysynnän säätelyyn. Palvelujen heterogeenisyys tarkoittaa palvelun eri elementtien muodostumista yksilöllisten mieltymysten ja havaintojen pohjalta. Jokainen asiakas siis kokee saamansa palvelun hieman erilaisella tavalla. Terveystenhuollossa

potilaat myös voivat reagoida saamaansa hoitoon eri tavoin. Palveluiden työntensiteetti on korkeampi kuin tuotteiden tuottamisen. Tämä johtuu siitä, että palveluprosessit ovat usein kokonaan ihmisten tuottamia, eikä automaatiota juuri esiinny. (Parasuraman ym. 1985.)

Eroavuuksien lisäksi palveluissa ja tuotteiden tuotannossa on kuitenkin myös paljon samoja piirteitä. Esimerkiksi prosesseissa esiintyviä hukkia, eli arvoa lisäämättömiä vaiheita, voidaan tunnistaa palveluprosesseista samalla tavalla kuin tuotanto-prosesseistakin. Kollberg (2007) on tutkimuksessaan tunnistanut palveluprosessien kymmenen yleisintä hukan lähdettä (taulukko 1).

Taulukko 1 Palveluprosessien kymmenen yleisintä hukan lähdettä (mukaillen Kollberg 2007)

HUKKA	ESIMERKKI
1. Virheet	Virheet tiedon syöttämisessä tietokantoihin
2. Saman asian toistaminen	Tiedon uudelleensyöttö ja turha raportointi
3. Vääränlainen varasto	Ajan kuluminen oikean asian löytämisessä
4. Asiakasnäkökulman puute	Epäystävällisyys ja asiakkaan saaman huomion vähäisyys
5. Ylituotanto	Tuotetaan asiakirjoja, joita kukaan ei lue
6. Epäselvä kommunikaatio	Standardoidun tiedon ja kommunikoinnin puute
7. Ylimääräinen liike ja kuljetus	Toimintojen huono sijoittelu
8. Alihyödynnetty tai käytetty työvoima	Liiallinen byrokratia ja rajoitettu toimivalta
9. Vaihtelu	Menettelytapoja ei ole standardoitu
10. Odotus ja viive	Lupien ja toimitusten odottelu ja tehoton työaika

Terminä hukka on peräisin Toyotan 1950-luvulla kehittämästä tuotantojärjestelmästä (lyh. TPS, engl. Toyota Production System). TPS tunnetaan nykyisin paremmin termistä lean-ajattelu. Lean-ajattelu on järjestelmä, jonka tarkoituksena on maksimoida yrityksen aktiviteettien tuottama arvonlisäys asiakkaalle poistamalla järjestelmästä turha hukka. Hukan poisto tapahtuu leikkaamalla ylimääräistä kapasiteettia tai varastoja ja poistamalla arvoa lisäämättömät aktiviteetit. Hukkien eliminointi voi parantaa operaatioiden tehokkuutta huomattavasti. Poistaakseen turhaa hukkaa operaatioista Toyota kehitti toimitusketjuaan ja prosessejaan amerikkalaisten supermarkettien esimerkin pohjalta. Supermarketeissa asiakas saa mitä haluaa, milloin hän haluaa, siinä määrin kun hän haluaa. Valmistuksessa ja tuotannossa tämä tarkoittaa yksinkertaisesti sitä, että myöhempi prosessi saa vain tarvitsemansa aikaisemmalta prosessilta. (Ohno 1978.)

Lean-ajattelua on sovellettu terveydenhuollossa enemmän kuin muita tuotantotaloudesta johdettuja koulukuntia tai suuntauksia. Lean-ajattelun periaatteiden soveltaminen terveydenhuoltoon ei kuitenkaan ole ongelmatonta. Lean-ajattelun mukainen asiakasarvon tuottaminen on terveydenhuollossa vaikeaa, koska arvo määräytyy siitä mistä asiakas on valmis maksamaan. Informaation epäsymmetrian takia potilailla ei monissa tapauksissa ole edes mahdollista tietää, mikä tuo hänen tilanteeseensa terveysarvoa. Myös lean-ajattelun mukainen asiakaslähtöisyys on ongelmallista terveydenhuollossa, koska asiakkuus ei ole yksiselitteistä. Potilas on palvelujen loppukäyttäjä, mutta asiakkaita voivat olla myös rahoittaja, työnantaja ja terveysviranomaiset. Lisäksi hukkaa on vaikea määrittää. Epäsymmetrisen informaation takia arvoa ei voida määritellä yksiselitteisesti, joten ei voida myöskään määritellä mikä ei ole arvoa. Lean-ajatteluun kuuluva teollinen laadunhallinta on haastavaa terveydenhuoltoalalla, koska sitä ei ole alun perin kehitetty tilanteisiin, jossa toiminnan kohde voi itsessään aiheuttaa vaihtelua. Tämä liittyy osittain myös lean-ajattelun mukaisen kokonaisprosessien tasapainottamisen ja tahdistamisen ongelmiin terveydenhuollon palveluprosesseissa. Monissa terveydenhuollon palveluprosesseissa hoidon eri vaiheiden kestoa on vaikea vakioida. Tästä syystä palveluprosessia ei voi suunnitella, aikatauluttaa ja resursoida etukäteen. Prosessien tasapainottaminen edellyttää myös kysynnän hallintaa, joka ei ole terveydenhuollossa aina mahdollista vakavien ja kiireellisten tapausten takia. Lisäksi prosessien selkeyttämisessä on ongelmia. Teollisuuden prosessit, joihin lean-ajattelua on alun perin sovellettu, ovat määrättyjä polkuriippuvaisia sekvenssejä, joissa jokainen vaihe on olennainen ja niillä on oma paikkansa. Monet terveydenhuollon prosessit eivät kuitenkaan täytä näitä ehtoja. (Lillrank, 7.)

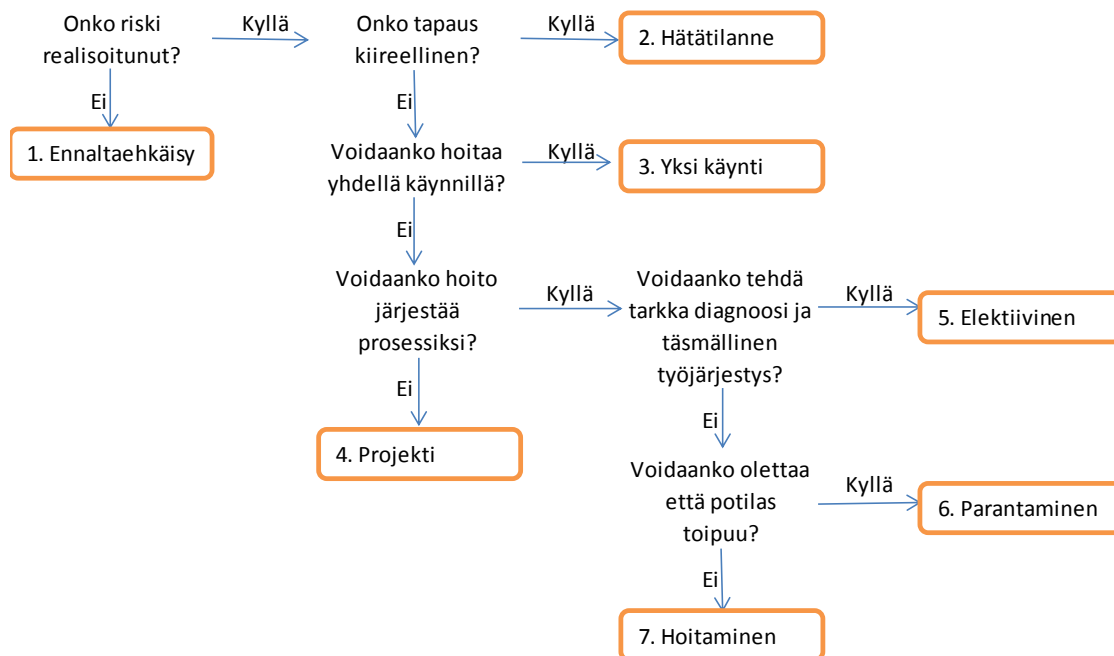
2.2.2 Palvelutuotannon eri muodot ja johtaminen

Palveluiden jaottelu kysynnän mukaan on terveydenhuollossa vaikeaa. Potilaat eivät välttämättä tarvitse mitä he haluavat tai eivät halua mitä he tarvitsevat. Potilaat voivat lisäksi odottaa jotain, mitä ei voida tarjota tai sivuuttaa mitä on tarjolla. Potilaat ovat lisäksi usein vastahakoisia, pelästyneitä ja hämmentyneitä ja heillä voi olla vaikeuksia tuoda esiin tarpeitaan. Tämä tiedon epäsymmetria palveluntarjoajan ja potilaan välillä vääristää kysyntää, joten pelkän kysynnän avulla ei voida järjestää palveluita. (Lillrank ym. 2010, 599.)

Terveydenhuoltopalveluiden tarjoajat eivät voi myöskään tyydyttää kaikkia tarpeita ja haluja, vaan tarjontaa rajoittavat pääasiassa kolme seikkaa. Ensimmäiseksi, teknisten syiden takia hoidolla ei aina voida saada aikaan sellaisia tuloksia, joita potilaat odottavat. Toiseksi joissain tapauksissa, parannusmenetelmä ei aina ole esimerkiksi lääkäreiden tekemä interventio, vaan potilaan vastuulla oleva elämäntavan muutos. Tilanne voi-

daan esittää jatkumona, jossa toisessa ääripäässä on interventio-keskeinen lääketiede, jossa potilaan vastuulla on vain olla paikalla hoidossa. Toisessa ääripäässä ovat käyttäytymiseen liittyvät muutokset, joissa palveluntarjoaja voi vain auttaa potilasta tekemään oikeita muutoksia. Kolmanneksi tarjontaa rajoittaa resurssien yleinen saatavuus. Taloudellinen rajoite on resurssin saatavuus sen tarpeen ajankohtana. (Lillrank ym. 2010, 600.)

Lillrank ym. (2010) ovat määritelleet seitsemän terveydenhuollon operaatioiden järjestämistapaa, eli moodia, ottaen huomioon sekä kysynnän että tarjonnan rajoitukset (DSO, Demand and Supply-based Operating modes). Määrittelyt tehtiin viiden muuttujan avulla, jotka ovat kiireellisyys, vakavuus, selkeys, jatkuvuus ja riski. Moodien keskinäiset suhteet on esitetty seuraavassa kuviossa.



Kuvio 2 Kysyntään ja tarjontaan perustuvat terveydenhuollon toimintamallit (DSO-moodit) (Lillrank ym. 2010, 602)

Kuvion 2 mukaisesti DSO:n algoritmi kysyy ensin onko tapauksessa nähtävissä selvä sairaus tai korottunut riski, johtuen esimerkiksi korkeasta verenpaineesta tai epäterveellisestä elämäntavasta. Jos riski ei ole realisoitunut, tapaus siirtyy ennaltaehkäisyyn toimintamalliin. Muussa tapauksessa siirrytään seuraavaan kysymykseen. Jos tapauksessa vaaditaan kiireellistä hoitoa, siirrytään päivystyksen toimintamalliin. Jos kiireellistä hoitoa ei vaadita, pitää seuraavaksi pohtia voidaanko tapaus hoitaa yhdellä käynnillä, johon on valmiiksi osoitettavissa resursseja. Jos näin on, tapaus siirtyy yhden käynnin toimintamalliin. Jos tapauksen hoitamiseen tarvitaan resursseja, joita ei tällä hetkellä ole

käytössä, tai potilaan tilaa ei voida luotettavasti arvioida, hoidossa tarvitaan useita vaiheita joissa käytetään erilaisia resursseja eri aikoina ja eri paikoissa. Hoito voi siis muodostua prosessiksi. Jos hoitoa ei voida järjestää prosessiksi, joka seuraa tunnettua kliinistä työnkulkua, voi tapaus muodostua projektiksi. Tällöin kyseessä voi olla joko erittäin harvinainen tila, jolla ei ole tunnettuja ennakkotapauksia tai erittäin monimutkainen, paljon kustannuksia vaativa tapaus, jossa vaaditaan yksilöityä palvelujen integrointia, koordinointia ja kontrollointia. (Lillrank ym. 2010, 602–603.)

Jos tapauksen hoito voidaan muodostaa prosessiksi ja tarkan diagnoosin sekä työjärjestyksen muodostaminen on mahdollista, kuuluu tapaus elektiiviseen toimintamalliin. Elektiivisessä toimintamallissa jokainen prosessin vaihe voidaan aikatauluttaa ja niiden järjestys voidaan määrittää tarkkaan. Jos näin ei ole, pitää seuraavaksi pohtia voiko potilas toipua tai saavuttaa hallittavan tai hyväksyttävän terveydentilan. Jos potilas voi toipua, tapaus siirtyy parantamisen toimintamalliin. Muussa tapauksessa vaiva tai sairaus on krooninen ja seuraa potilasta koko elämän. Tässä tapauksessa tapaus siirtyy hoitamisen toimintamalliin. (Lillrank ym. 2010, 603.) Seuraavassa taulukossa on esitelty DSO-moodien aikaperspektiivit sekä kysynnän ja tarjonnan keskeisimmät ominaisuudet.

Taulukko 2 Terveysthuollon toimintamallien aikaperspektiivit sekä kysynnän ja tarjonnan keskeisimmät ominaisuudet (Lillrank ym. 2010)

DSO-moodi	Aikaperspektiivi	Kysyntä	Tarjonta
Ennaltaehkäisy	Tulevaisuus: mitä tapahtuu, jos mikään ei muutu?	Kohonnut riski	Neuvonta, ohjaus, vertaistukiverkostot
Hätätilanne	Kiireellisyys: kuinka paljon on aikaa?	Kiireellinen ja/tai vakava, satunnainen, monimuotoinen	Pelasta, stabiloi tila ja ehkäise pysyvä vamma
Yksi käynti	Tässä ja nyt: mitä voimme tehdä kun olet täällä?	Kiireetön, pienehkö, suppea resurssikysyntä	Yhden ongelman ratkaisu
Projekti	Synkroninen: mitä kaikkea tämä tapaus vaatii?	Harvinainen, monimutkainen, monitoimijainen	Monien resurssien ja prosessien orkestrointi
Elektiivinen	Määräaika: valmistelut ja toteutus aikataulun mukaan	Täsmädiagnoosi	Täsmätoimenpide, määrämuotoinen prosessi
Parantaminen	Kehkeytyvä, toistuva, päättyvä	Kompleksinen ongelma, paranemisen mahdollisuus	Prosessi suunnitellaan muutama vaihe kerrallaan
Hoitaminen	Jatkuva rytmi	Krooninen, päättymätön	Oireen mukainen, lieventävä, ylläpitävä

DSO-moodien avulla voidaan selvittää terveydenhuollon toimintojen erilaisia tavoitteita, tilanteita, ja ehtoja. Niiden käytössä on kuitenkin syytä huomata, että yksi potilas voi olla samanaikaisesti useassa moodissa ja, että potilas voi siirtyä moodista toiseen. Lisäksi yhdessä organisaatiossa voi olla useita moodeja ja toisaalta yksi organisaatio tai tuotantoyksikkö voi vaihtaa moodista toiseen. Moodi-logiikasta ei suoraan seuraa, että sairaalat pitäisi organisoida moodien mukaisiksi organisaatioiksi. DSO-moodit eivät ole diagnoosien tai kliinisten resurssien mukaisia ryhmittelyjä, vaan ne perustuvat toiminnalliseen logiikkaan. Esimerkiksi raskaus ja metabolinen oireyhtymä ovat eri asioita, mutta molempiin liittyy ennaltaehkäisy-moodin elementit, kuten kohonnut riski, terveystkäyttäytyminen ja säännöllinen seuranta. Vastaavasti vaikeat nuorisopsykiatriset tapaukset ja vakavat palovammat kuuluvat projekti-moodiin. (Lillrank, 10.)

Palvelutuotannossa syntyy ongelmia silloin, kun yhdessä palveluketjussa on monia eri periaattein toimivia palveluita. Jos palveluketjussa on löydettävissä eri DSO-moodein toimivia palveluja, on tuloksena ristiriitaisia prioriteetteja, tavoitteita sekä

suorituskyvyn mittareita ja käsityksiä. (Lillrank ym. 2010.) Seuraavassa taulukossa (taulukko 3) käsitellään eri DSO-moodien tiedon integroinnin, prosessin koordinoinnin ja suorituskyvyn kontrolloinnin näkökulmat.

Taulukko 3 DSO-moodien pääasialliset integroinnin, koordinoinnin sekä kontrolloinnin kysymykset (Lillrank ym. 2010, 604)

DSO-moodi	Tiedon integrointi	Prosessin koordinointi	Suorituskyvyn kontrollointi
Ennaltaehkäisy	Potilaan käyttäytymisen, nykyiset uhraukset ja tulevaisuuden hyödyt	Aikainen havaitseminen ja jatkuva monitorointi	Riskin välttäminen, rutiinien noudattaminen
Hätätilanne	Kiireellisuuden arviointi, oikeiden resurssien valinta	Kapasiteetin allokointi	Vasteaika
Yksi käynti	Nykyinen tilanne	Työnkulku	Vaivaton pääsy, aikataulut, työnkulun tasainen virtaus
Projekti	Monia näkökulmia monilta toimijoilta	Synkronisuus	Tapaus kerrallaan
Elektiivinen	Diagnoosi ja toimenpide	Valmistelut ennen toimenpidettä	Ennen ja jälkeen hoitamisen
Parantaminen	Oppiminen ja toistot	Informaatiosilmukka	Vaikuttavuus askel kerrallaan
Hoitaminen	Hoidon tasapaino	Jatkuva, syklinen rytmi	Vakaa terveydentila, terveydentilan vähäisempi heikentyminen

Ennaltaehkäisy moodissa johtamisen kysymykset liittyvät siihen, mitä todennäköisesti tulisi tapahtumaan jos mitään ei muutettaisi. Tiedon johtaminen keskittyy potilaan käyttäytymisen, nykyisten uhrausten ja tulevien hyötyjen integroimiseen. Ennaltaehkäisy tulee olla motivoivaa, koska kohonnut riski ei yleensä vielä aiheuta vaivoja, mutta se edellyttää uhrauksia potilailta. Tämän takia palveluntarjoajan ja potilaan näkökulmien integroiminen on erittäin tärkeää. Ennaltaehkäisy voidaan organisoida myös jatkuviksi potilassuhteiksi ja vertaistukiverkostoiksi, joissa samanlaisissa tilanteissa olevat potilaat tarjoavat tietoa ja tukea toisilleen. Ennaltaehkäisy moodissa tärkein suorituskyvyn määritelmä on riskin välttäminen noudattamalla ja ylläpitämällä rutiineja. (Lillrank 2010, 605.) Ennaltaehkäisy moodin esikuvana muilta toimialoilta voidaan

pitää esimerkiksi rahoitus- ja vakuutusala, jossa keskeisimpänä toiminta-ajatuksena on investointien ja tuottojen eriaikaisuus (Lillrank, 11).

Päivystysmoodin johtamisen haasteet liittyvät siihen, kuinka paljon aikaa on käytettävissä, jotta potilas voidaan pelastaa ja hänen tilansa vakauttaa. Tiedon johtaminen ja integroiminen liittyy nopeiden ja tarkkojen diagnoosien tekemiseen, jotta potilas voidaan osoittaa oikeaan työnkulkuun. Koordinoinnin ja kontrolloinnin tavoitteena on kuoleman tai pysyvän vamman ehkäiseminen lyhentämällä hoidon vasteaikaa. (Lillrank ym. 2010, 605.) Päivystysmoodin esikuvana muilta toimialoilta voidaan pitää esimerkiksi palokunnan ja puolustusvoimien kiireellistä toimintaa (Lillrank, 11).

Yhden käynnin -moodissa johtaminen keskittyy vahvasti nykyiseen tilanteeseen. Potilaan sairaushistorialle ei anneta niin suurta painoarvoa kuin muissa moodeissa ja tiedon integrointi nykyisen tilanteen ulkopuolelle ei ole välttämätöntä. Prosessin koordinointi ja suorituskyvyn kontrollointi keskittyvät paikanpäällä tapahtuvan työnkulun optimoimiseen. (Lillrank ym. 2010, 605.) Yhden käynnin moodin esikuvana muilta toimialoilta voidaan pitää esimerkiksi vähittäiskauppaa, jossa kysyntä koostuu monista yksinkertaisista käynneistä (Lillrank, 11).

Projektimoodissa kysyntä koostuu monimutkaisista, paljon resursseja vaativista ja monia erikoisaloja koskettavista tapauksista, joilla ei ole ennalta määriteltäviä hoitoketjuja tai prosesseja. Tällaiset tapaukset ovat tyypillisiä esimerkiksi lasten ja nuorten psykiatriassa, joissa on mukana useita eri erikoisaloja ja asianomaisia. Projektin huono johtaminen voi johtaa potilaiden siirtelyyn asiantuntijalta toiselle ja saman asian tekemiseen monta kertaa. Tämä johtuu usein informaatiovirran katkeamisesta eri palveluntarjoajien välillä. Projektissa tarvitaan siis eri erikoisalojen tuottaman informaation ja monen eri asianomaisen näkökulmien syvällistä integrointia. Jokainen potilas on projekti, jolla on tapauksesta riippuvat tavoitteet ja suorituskyvyn määritelmät. Projektille tulisi määritellä yksittäinen johtaja. (Lillrank, 11.) Projektimoodin esikuvana muilta toimialoilta voidaan pitää esimerkiksi suurten risteilyalusten valmistusta.

Elektiivisessä moodissa kysyntä on ennustettavissa, koska asiakkaat ovat jo valmiiksi seulottu ja valittu. Elektiivisessä moodissa prosessi voidaan aikatauluttaa tarkasti ja hoito saa aikaan heti näkyvissä olevan muutoksen potilaan terveydentilassa. Elektiivisen moodin mukaista hoitoa ovat esimerkiksi kirurgiset toimenpiteet, joita seuraavat monitoroitu toipuminen ja kuntoutus. Tiedon integroinnissa keskitytään diagnoosin tarkkuuden ja hoitotoimenpiteen ennustettavuuden varmistamiseen. Koordinoinnin päämääränä on erilaisten valmistelujen loppuunsaattaminen ennen varsinaista hoitotapahtumaa. Suorituskyvyn kontrolloinnin tarkoituksena on jonojen ja aikataulun hallinta. (Lillrank ym. 2010, 606.) Elektiivisen moodin esimerkkejä muilta toimialoilta ovat esimerkiksi autoteollisuuden määrämuotoiset prosessit ja F1-tallien varikkotoiminta.

Parantavan hoidon moodissa kysyntä ei ole kiireellistä mutta se on kuitenkin liian monimutkaista hoidettavaksi yhden käynnin moodissa. Diagnoosit eivät ole tarpeeksi

tarkkoja, jotta niistä voitaisiin johtaa yksi elektiivisen moodin mukainen hoito-interventio. Sen sijaan hoitoprosessi voidaan suunnitella vain muutama vaihe eteenpäin, koska edellinen vaihe vaikuttaa aina seuraavaan vaiheen suunnitteluun. Hoitoa ei voida suunnitella loppuun asti, koska hoitoprosessin vaiheiden määrä ja järjestys voivat vaihdella jopa saman terveydellisen tilan sisällä. Tämän seurauksena tiedon integrointi keskittyy prosessin toistamisesta syntyvään oppimiseen ja tämän tiedon eteenpäin jakamiseen. Prosessin koordinointi edellyttää tarkkoja ja ajantasaisia potilastietojärjestelmiä ja läheterutiineja, jotta potilaan siirtyminen työvaiheesta toiseen olisi mahdollisimman sujuvaa. Hoitoprosessilla voidaan olettaa olevan loppumispiste, joten suorituskkyä tarkastellaan eri työvaiheiden synnyttämien terveydellisten vaikutusten perusteella. (Lillrank ym. 2010, 606.) Parantavan hoidon moodi on lähellä esimerkiksi teollisen tuotekkehityksen ongelmanratkaisua, toistuvia prosesseja ja kommunikaatiota (Lillrank, 11).

Hoivamoodissa kysyntä koostuu potilaista, joiden sairaus on krooninen. Usein potilailla on myös havaittavissa monisairastavuutta. Hoidon tarkoituksena on säilyttää optimaalinen elämänlaatu. Hoitoa tulisi antaa vain tiettyyn tasoon asti, jonka alla on olemassa komplikaatioiden riski ja jonka yli hoidolla on vain marginaalinen vaikutus. Monet muissa moodeissa olennaiset suorituskkyyn kontrolloinnin kysymykset ovat epäolennaisia hoivamoodissa, koska hoidon vaiheet eivät kerrytä arvoa kohti hoidon loppumista ja potilaiden ei odoteta poistuvan hoidon piiristä ennen kuolemaansa. Hoivamoodin suorituskkyyn kontrollointi keskittyy potilaan terveydentilan säännölliseen monitorointiin ja vertailuun suhteessa asetettuihin standardeihin. (Lillrank ym. 2010, 607.)

2.2.3 Henkilöstön toimintatavat

Henkilöstön tiedot ja taidot ovat sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan perusta. Henkilöstön hierarkiassa asiantuntemuksen tuomat tiedot ja taidot luovat valtaa, koska työ on hyvin erikoistunutta. Suuri osa vallasta pysyy hierarkian pohjalla, koska työ on usein liian monimutkaista esimiesten ohjattavaksi ja tällä työllä saattaa olla suuri kysyntä. (Mintzberg 1990, 185–197.)

Sujuvien prosessien, laadun ja vaikuttavuuden perustana on henkilöstön aikaansaannoskyky (Silvennoinen-Nuora 2010, 58). Henkilöstön aikaansaannoskykyä voidaan arvioida esimerkiksi heidän osaamisensa, määränsä ja työyhteisöjen toimivuuden avulla. Tulevaisuudessa henkilöstön aikaansaannoskyvyn haasteena on osaavan henkilöstön saatavuus, koska terveydenhuolto on hyvin työvoimavaltainen ala ja työpanosta on vaikea korvata teknologialla. (Kuusi ym. 2006, 233.) Lisäksi Kaplanin ja Nortonin (1996, 135) mukaan terveydenhuollon toiminnan tehokkuus ja vaikuttavuus ovat riippuvaisia henkilöstön osaamisesta ja motivaatiosta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon funktionaalinen organisointitapa on johtanut tilanteeseen, jossa työntekijät yhä enenevässä määrin kehittävät asiantuntemustaan yksilöinä. Asiantuntemus pitäisi kuitenkin nähdä enemmänkin koko yhteisön tai organisaation kykynä kehittää toimintaa, koska eri asiantuntijoiden tekemiset ovat sosiaali- ja terveydenhuollossa riippuvaisia toisistaan. Eri ammattiryhmien välinen yhteistyö ja asiantuntijuuden kokonaisvaltainen hyödyntäminen ovat edellytyksiä uusien toimintamallien kehittämiseksi sekä saumattomien palveluiden ja palveluketjujen saavuttamiseksi. (Engeström ym. 1991, 24.) Eri ammattiryhmien välinen ns. moniammatillinen yhteistyö onkin viime aikoina lisääntynyt, minkä odotetaan parantavan henkilöstön aikaansaannoskykyä. Moniammatillinen yhteistyö tapahtuu usein pienissä tiimeissä, jotka koostuvat taidoiltaan, päämääriltään ja tavoitteiltaan toisiaan täydentävistä työntekijöistä, joilla on yhteinen toimintamalli. Työntekijät suorittavat tiettyä työkokonaisuutta itsenäisesti, yhteisvastuullisesti ja tiiviissä yhteistyössä. Tiimityön vahvuuksina on pidetty työn ja toiminnan joustavuutta, osaamisen parempaa hyödyntämistä, henkilöstön oppimismahdollisuutta, kustannussäästöjä sekä parempaa työssä viihtymistä. Tiimityötä pidetään yhtenä ratkaisuna vähenevien resurssien tuomaan haasteeseen. Lisäksi sillä on potentiaalia vähentää kustannuksia ja parantaa toiminnan laatua. Onnistunut moniammatillinen tiimityö edellyttää ammatilliset rajat ylittävää dialogia, jolla ylitetään sekä asiantuntemuksen sisällölliset rajat että organisaatioiden hierarkkiset rajat. Moniammatillisen tiimityön onnistumisen kannalta ratkaisevaa on myös tiimin sisäisen kulttuurin toimivuus. (Sanerma 2009, 95–97, 103–105.)

Tutkimustulokset moniammatillisesta tiimityöstä sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla ovat pääsääntöisesti olleet positiivisia. Tiimityön tuloksena asiakkaat ovat saaneet yksilöllisempää ja asiantuntevampaa palvelua, potilasturvallisuus on parantunut, henkilöstön työmotivaatio on kasvanut, työnjako ja vastuunotto ovat olleet onnistuneempia sekä henkilöstön oppimis- ja kehitysmahdollisuudet ovat olleet parempia. Se on myös lisännyt potilaan mahdollisuuksia osallistua omia palveluitaan koskevaan päätöksentekoon, tehostanut potilaan ja tiimin välistä tiedonkulkua ja tiimin sisäistä päätöksentekoa sekä lisännyt potilastyytyväisyyttä. Toisaalta yhteistyö, joka on tiimityön onnistumisen välttämätön edellytys, ei aina toteudu optimaalisella tavalla. Todellisen yhteistyön puuttuminen, katkokset tiedonkulussa ja epäonnistuminen kommunikaatiossa voivat laskea potilaan tyytyväisyyttä hoitoon ja pahimmillaan jopa vaarantaa potilasturvallisuuden. (Sanerma 2009, 107–108).

Moniammatillisella tiimityöllä voidaan erityisesti vaikuttaa sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla vallitsevaan epäsymmetriseen informaation. Kun potilaiden ja palveluntarjoajien välinen tiedonkulku tehostuu ja potilaiden mahdollisuudet osallistua omia palveluitaan koskevaan päätöksentekoon lisääntyvät, voivat potilaiden tarpeet ja halut tulla paremmin tyydytetyiksi. Lisäksi tehostunut kommunikaatio voi selventää tilanteita, joissa potilaat eivät välttämättä tarvitse mitä he haluavat tai eivät halua mitä

he tarvitsevat. Tiimityö voi vähentää epäsymmetristä informaatiota myös toiseen suuntaan. Kun tiimillä on käytössään eri alojen asiantuntijoita, voidaan olettaa, että potilaan terveysongelmien syyt saadaan paremmin selville ja että virheet esimerkiksi diagnosoinnissa vähenevät. Moniammatillista tiimityötä voidaan käyttää myös osana seuraavaksi esiteltävää yksilökohtaista palveluohjausta.

Yksilökohtainen palveluohjaus tarkoittaa toimintatapaa, jossa asiakkaan palvelutarve arvioidaan ja palvelut koordinoidaan hänen yksilöllisistä tarpeistaan lähtien. Palveluohjaus voi tapahtua yksittäisen palveluohjaajan tai moniammatillisen tiimin toimesta. Tärkeintä on, että palveluketju suunnitellaan yhdessä asiakkaan kanssa. (O'Connor 1988, 98.) Yksilökohtaisessa palveluohjauksessa lähtökohtana ovat siis asiakkaan tarpeet, joiden perusteella kootaan tarpeita vastaava palvelukokonaisuus. Tavoitteena pitäisi olla asiakkaan kokeman arvon maksimointi taloudellisten ehtojen puitteissa, mutta viime vuosikymmeninä yksilökohtaisella palveluohjauksella on kuitenkin sosiaali- ja terveyspalveluissa haettu enemmän tuloksellisuutta ja tehokkuutta kuin toiminnan vaikuttavuuden kehittämistä. (Ala-Nikkola & Sipilä 1996, 2.)

Yksilökohtaisen palveluohjauksen keskeisimmät ideat voidaan jakaa neljään ajatukseen. Ensimmäiseksi palvelujärjestelmän yhteistyön ongelmat pyritään ratkaisemaan yksittäisen asiakkaan ja hänen tarpeidensa mukaan. Toiseksi asiakkaalle nimetään vastuuhenkilö, joka on vastuussa palveluiden koordinoinnista ja tukee asiakasta ja hänen läheisiään palveluiden valinnassa. Kolmanneksi palvelujen hankintapäätökset tulee tehdä mahdollisimman lähellä palvelujen käyttäjää. Neljänneksi vastuuhenkilö seuraa asiakkaan tilanteen kehitystä ja muuttaa palvelukokonaisuutta tarvittaessa. (Ala-Nikkola & Sipilä 1996, 2.)

Ala-Nikkolan ja Sipilän (1996, 21) mukaan yksilökohtaisella palveluohjauksella voidaan teoriassa vaikuttaa moniin suomalaisen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän ongelmiin. Näitä ongelmia ovat esimerkiksi palvelujen ja etuuksien joustamattomuus ja yksittäisten henkilöiden tarpeisiin vastaamattomuus. Ongelmia syntyy myös palvelujen kohdentumisessa niin, että ne eivät kohdistu niitä eniten tarvitseville tai vaihtoehtoisesti niin, että vähiten tarvitsevat saavat palveluita suhteellisesti enemmän. Myös seurannan puute luo ongelmia: palvelutarpeiden muutoksia ei seurata vaikka tarve loppuisi tai kasvaisi. Palvelujärjestelmässä ongelmia esiintyy erityisesti myös silloin, kun palveluntuottajat eivät tiedä toistensa toiminnasta, eivät pysty valitsemaan edullisimpia palveluratkaisuja tai eivät sovita palveluja järkevästi yhteen asiakkaan näkökulmasta. Lisäksi ongelmia luovat myös resurssien käytön harkitsemattomuus, tietämättömyys vaihtoehtoisista kustannuksista, vastuualueiden määrittely sekä palveluiden tarjoama riittämätön tuki epävirallisille hoitajille, kuten esimerkiksi omaisille, ja kotihoidossa oleville potilaille. Anttosen ja Sipilän (2000, 452) mukaan yksilökohtainen palveluohjaus vähentää palvelujärjestelmän hajanaisuudesta johtuvia haittoja sovittamalla yhteen eri pal-

veluntarjoajien palveluita, vähentämällä palveluiden koordinoitongelmia ja aktivoimalla vapaaehtoisia auttajia.

Yksilökohtainen palveluohjaus on useissa kokeiluissa havaittu toimivaksi ratkaisuksi ja sen avulla asiakkaita on saatu entistä halvemmallalla tyytyväisemmiksi ja paremmin selviytyviksi. Palveluohjaus voi kuitenkin myös vain piilottaa väliaikaisesti prosessissa olevat sisäänrakennetut ongelmat ja kiistat, jos esimerkiksi palveluohjausta toteuttavat työntekijät eivät ole alun perinkään ymmärtäneet asiakasnäkökulman tarkoitusta kokonaisvaltaisesti. Kompromisseja on siis aina tehtävä, mutta asiakkaita ei saisi vain segmentoida samanlaatuiseksi joukoiksi, joille tehdään palvelusuunnitelmat yhden aikaisemmin hyväksi havaitun mallin mukaan. Kompromissit eri näkökulmien välillä tulisi aina tehdä yksilöllisesti soviteltuna juuri tietylle asiakkaalle juuri hänen tilanteensa mukaan. (Ala-Nikkola ja Sipilä 1996.) Cnaan (1994) onkin kerännyt kirjallisuudesta myös kriittisiä arvioita yksilökohtaisen palveluohjauksen toimivuudesta. Hänen keskeinen sanomansa on se, että vaikka palveluohjauksen malleja on monia, tulisi palveluohjaus aina räätälöidä tilanteen mukaan eikä vain kopioida sitä muualta.

3 PALVELUKETJUN SUORITUSKYKY JA LAATU

3.1 Suorituskyky

3.1.1 Tuottavuus, kustannustehokkuus ja kustannusvaikuttavuus

Perinteisesti tuottavuus on määritelty tuotantoprosessien tuotoksien (engl. output) suhteena tuotantoprosessiin käytettyihin resursseihin eli panoksiin (engl. input). Määritellyn on perinteisesti kuulunut myös käsitys laatutason pysymisestä samana (Grönroos 2000, 207.) Tämän määritelmän mukaista tuottavuutta on siis esimerkiksi hoidettujen potilaiden määrä tiettyinä aikoina, ottamatta kantaa heidän terveydentilansa muutokseen. Tämä näkökulma ei ota tehokkaasti huomioon asiakkaan näkökulmaa, vaan on käyttökelpoisempi esimerkiksi teollisissa prosesseissa, joissa valmistetaan kiinteitä tuotteita. Julkisella ja yksityisellä sektorilla tuottavuus tarkoittaa periaatteessa samaa asiaa, eli tuotosten ja panosten suhdetta. Ero on siinä, että julkisella sektorilla palveluntuottaja ei tavallisesti myy suorituksiaan markkinoilla. Tästä johtuen loppusuoritusten hintatietoja, jolla eri palveluiden arvoa voisi mitata, ei ole saatavilla samaan tapaan kuin yksityisellä sektorilla. Tuottavuudelle on esitetty kaksi vastinetta julkisella sektorilla, jotka ovat palvelusuoritteiden suhde panoksiin ja suoritteella aikaansaatuisten vaikutusten suhde panoksiin. (Kangasharju 2008, 7.)

Palvelun järjestäjä valitsee tuotantoyksikön koon ja tarjotut palvelut. Tuotantoyksikön kooksi kannattaa valita se, jossa keskimääräiset yksikkökustannukset ovat mahdollisimman alhaiset. Tuottavuus paranee tuotantoyksikön koon kasvaessa, mikäli tuotannossa on mittakaavaetuja. Tällöin lisätuotoksen yksikkökustannus on alhaisempi, kuin jo syntyneet keskimääräiset yksikkökustannukset. Mittakaavaeduista on kuitenkin hyötyä vain tiettyyn pisteeseen asti, jonka jälkeen lisätuotokset alkavat nostaa keskimääräisiä yksikkökustannuksia. Keskimääräiset yksikkökustannukset voivat laskea myös tuottaessa useita samantyyppisiä tuotoksia. Esimerkiksi terveyskeskukset ja sairaalat hyötyvät eri terveydenhoitopalvelujen tuottamisesta samassa yksikössä resurssien yhteiskäytön myötä. Hyötyä samantyyppisten tuotosten tuottamisesta kutsutaan rinnakkais-tuotannon hyödyiksi. (Kangasharju 2008, 24.)

Tehokkuus käsitteenä tarkastelee prosessia suhteessa johonkin vertailuarvoon, kuten käytettävissä oleviin resursseihin. Esimerkiksi käyttötehokkuus määritellään prosessin todellisen tuotoksen suhteena suunniteltuun kapasiteettiin. (Johnston & Jones 2004, 202.) Davis ja Heineke (2003, 284) määrittelevät tehokkuuden kyvyksi käyttää resursseja hyvin. Tehokkuus määritelläänkin usein prosessin teoreettisesti vaatimien minimiresurssien ja todellisten käytettyjen resurssien suhteena. Tällöin korkea tehokkuus voi-

daan ymmärtää panoksen minimointia tiettyä tuotosta kohden. (Tangen 2005, 41.) Toimintaa kutsutaan allokatiiivisesti tehokkaaksi, kun tuotantoyksikkö valitsee eri vaihtoehtoista halvimmat mahdolliset panokset halutun tuotoksen aikaansaamiseksi. (Kangasharju 2008, 11, 24.)

Teknologisen rintama määrittää tuottavimman tavan tuottaa haluttuja tuotoksia. Teknologisella rintamalla tarkoitetaan parhaita mahdollisia konkreettisia teknologisia ratkaisuja sekä tuotannon johtamis- ja organisointitapoja. Teknologinen kehitys tarkoittaa, että tuotokset voidaan tehdä vähemmillä panoksilla tai, että nykyisillä panoksilla voidaan tehdä enemmän ja uudenlaisia tuotoksia. Tekninen tehokkuus kuvastaa käsitteenä sitä, kuinka lähellä tai kaukana eri tuotantoyksiköt ovat teknologisesta rintamasta. Paras mahdollinen tehokkuus arvioidaan usein vertailujoukon parhaimpien tuotantoyksiköiden perusteella. Tuotantoyksiköiden välistä eroa tuottavuudessa kutsutaan x-tehokkuudeksi. X-tehoton yksikkö ei hyödynnä täysimääräisesti saatavilla olevaa teknologiaa. Tilaaja-tuottaja-malli ja palvelusetelijärjestelmä voivat lisätä julkisen sektorin x-tehokkuutta kasvattamalla markkinaehtoisuutta ja lisäämällä kilpailua toimijoiden välillä. (Kangasharju 2008, 10–11.)

Tuotantoyksikön ollessa teknisesti ja allokatiiivisesti tehokas, on se myös kustannus-tehokas. Tällöin käytetään halvimpia mahdollisia panoksia teknologisesti tuottavimmalla mahdollisella tavalla. (Kangasharju 2008, 11–12.) Julkisten palvelujen kustannustehokkuus ei kuitenkaan suoraan tarkoita sitä, että niiden vaikuttavuus on optimaalista kansalaisten tai asiakkaiden näkökulmasta. Vaikuttavuudella voidaan tarkoittaa esimerkiksi sitä, kuinka hyvin prosessin tavoitteisiin on päästy (Davis & Heineke 2003, 284). Drucker (1963) määritteli tehokkuuden asioiden tekemiseksi oikein ja vaikuttavuuden oikeiden asioiden tekemiseksi. Hyödykkeiden kustannustehokkaasta valmistamisesta tai tarjoamisesta ei siis ole mitään hyötyä, jos kukaan ei tarvitse näitä hyödykkeitä. Vaikuttavuudella viitataan usein myös arvon luontiin asiakkaalle. Julkisissa palveluissa tulee kuitenkin ottaa huomioon, että vaikuttavuudella tai asiakkaiden kokemalla arvolla ei käytännössä ole maksimiarvoa, joten kaikkien tarpeiden tyydyttäminen täydellisesti ei ole mahdollista. Tästä syystä palveluiden tuotantoa on syytä käsitellä myös kustannusvaikuttavuuden näkökulmasta. Kustannusvaikuttavuus tarkoittaa yksinkertaisesti vaikutusten, eli esimerkiksi suoritteen aiheuttaman terveydentilan muutoksen, suhdetta kustannuksiin. (Kangasharju 2008, 22.)

Kustannusvaikuttavuus voidaan nähdä osana yhteiskunnallisen vaikuttavuuden arviointia, jossa muita tarkasteltavia alueita ovat palveluiden riittävyys ja kohdentuvuus. Kohdentuvuudella tarkoitetaan kohdistuvatko palvelut oikein niitä tarvitseville, eli onko esimerkiksi mielenterveyspotilaille tarjolla tarpeeksi hoitomuotoja heidän tarpeisiinsa nähden. Myös hoidon oikea porrastus kuvaa osaltaan kohdentuvuuden onnistumista. Hoidon kohdistuvuutta voidaan arvioida esimerkiksi asiakaskyselyillä, terveystietojen pohjalta tai käyttäen eri asiantuntijoista koostuvia arviointiryhmiä. (Lumijärvi 1994b,

74–77.) Lumijärven (1999, 19–20) mukaan muita arviointiasetelmia kohdistuvuuden arviointiin ovat esimerkiksi:

- Oikea palvelu oikeille kohderyhmille
- Palvelun laajuus kohderyhmittäin

Palvelujen riittävyys on tärkeä mittari vaikuttavuuden kannalta, koska tietty riittävyystaso on vaikutusten ja vaikuttavuuden edellytys. Riittävyysarviointi voidaan tehdä sekä tarjonta- että kysyntäperusteisesti. Tarjontaperusteisesti riittävyyttä voidaan arvioida esimerkiksi tilastopohjaisilla volyymiarvioilla, joissa vertailuperustana voidaan käyttää esimerkiksi pohjoismaista keskitasoa tai asiantuntija-arvioita. Kysyntäperusteisesti palveluiden riittävyttä voidaan arvioida esimerkiksi asiakkaiden kysynnän rekisteröimisellä ja palvelutarpeiden kartoituksella. (Lumijärvi 1994b, 65–78.) Lumijärven (1999, 19–20) mukaan riittävyyden tasoa voidaan arvioida esimerkiksi seuraavasti:

- Asiakkaiden määrä suhteessa palvelun tarvitsijoiden määrään
- Palveluun jonottavien määrä suhteessa palveluja saavien määrään
- Palvelun riittävyys alueellisesti ja kohderyhmittäin

Kustannusvaikuttavuuden arvioinnissa painotetaan maksajan tai palveluntuottajan näkökulmaa koska vaikutukset suhteutetaan kustannuksiin. Palvelun tuottamat hyödyt tai vaikutukset tulisi siis saada aikaan mahdollisimman kustannustehokkaasti, eli toiminnan tulisi olla sekä allokatiivisesti että teknisesti mahdollisimman tehokasta. Kustannusvaikuttavuuden arvioinnissa suljetaan kuitenkin usein tarkastelun ulkopuolelle kysymykset palveluiden riittävyydestä tai niiden kohdistumisesta. Kustannusvaikuttavuus määritellään kustannusten suhteena vaikuttavuuteen. (Lumijärvi 1994b, 24.)

Vaikuttavuuden arvioinnissa voidaan ottaa huomioon myös yhteiskunnalliset ulkoisvaikutukset. Esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut kohdistuvat ensisijaisesti yksilöihin mutta näillä palveluilla on vaikutuksia myös koko yhteiskuntaan. Yhden ihmisen terveys voi vaikuttaa myös yhteiskunnan muihin jäseniin. Lisäksi yhteiskunnan yleinen terveydentaso on osa koko yhteiskunnan hyvinvointia. Yhteiskunnallinen vaikuttavuus voidaan jakaa ulkoisvaikutuksiin ja palveluiden kohdistumiseen liittyviin kysymyksiin. Ulkoisvaikutusta esiintyy esimerkiksi silloin, kun yksittäisten ihmisten rokotukset vähentävät tautien leviämistä koko yhteiskunnassa. Ulkoisvaikutusten takia makrotason vaikuttavuus yhteiskunnassa voi poiketa mikrotason yksiköiden yhteenlasketusta omista vaikuttavuuksista. Yhteiskunnallisten vaikutusten vuoksi julkinen valta haluaa ohjata yksilöllisten palveluiden kohdentumista koko maan tasolla. Koska julkisella sektorilla markkinahinnat eivät ohjaa tuotosten kohdentumista markkinoille, poliittisten päätöksentekijöiden pitää osata kohdentaa esimerkiksi terveyspalvelut niitä eniten tarvitseville ja niistä eniten hyötyville. Jos terveyspalvelut annettaisiin kokonaisuudessaan

markkinaehtoisesti tuotettaviksi, hyvinvointipalveluja eniten tarvitsevat ja niistä eniten hyötyvät eivät välttämättä pystyisi maksamaan palveluista niiden markkinahintaa. Lisäksi kunkin palveluntuottajan tehokkuus hyvinvoinnin tuottamisessa ei välttämättä johda hyvinvoinnin maksimointiin koko yhteiskunnan tasolla. (Kangasharju 2008, 26–27.)

3.1.2 Panosten arviointi palveluketjussa

Panosten selvittäminen ei ole yksiselitteistä, koska kustannuslaskennassa on otettava huomioon kenen näkökulmasta kustannuksia tutkitaan. Sosiaali- ja terveydenhuollossa voidaan ottaa huomioon esimerkiksi potilaan, terveysviranomaisen, yhteiskunnan tai palveluntarjoajan näkökulmat. Lisäksi kustannusten tarkasteluun on valittava tietty ajanjakso, joka ei saisi suosia vain yhtä kustannuslaskennan menetelmää. Tarkasteluissa havaittu tieto tulee yhdistää siihen, mitä kustannuksille oletetaan mahdollisesti tapahtuvan tulevaisuudessa. Tällä periaatteella on mahdollista ottaa huomioon esimerkiksi henkilöstön tai organisaation mahdolliset oppimisen vaikutukset kustannuksiin. Työntekijät voivat nopeuttaa hoitoa ja vähentää kustannuksia, mikäli he ajan kuluessa oppivat käyttämään uutta teknologiaa paremmin. (Drummond ym. 2005.)

Eri kustannustermien käyttö on kirjallisuudessa osittain ristiriitaista. Petitti (2000) jakaa kustannukset vaihtoehtokustannuksiin, suoriin kustannuksiin ja tuottavuuskustannuksiin. Kiiskinen ym. (2008, 40) jakavat kustannukset suoriin kustannuksiin ja epäsuoriin kustannuksiin. Kustannukset voidaan jakaa myös kiinteisiin kustannuksiin, kuten vuokriin, ja muuttuviin kustannuksiin, kuten palkkoihin. Muuttuvat kustannukset kasvavat tai pienenevät toiminnan volyymin mukana. Kiinteät kustannukset eivät riipu toiminnan volyyymista, vaan pysyvät samana vaikka volyyymi kasvaisi tai pienentyisi. Tarpeeksi pitkällä aikavälillä kaikki kustannukset ovat kuitenkin muuttuvia. (Kapiainen ym. 2014, 14.)

Kiiskisen ym. (2008, 40) mukaan suoria kustannuksia tietyn sairauden hoidosta ovat sairauden vuoksi käytettyjen palveluiden tuottamisesta aiheutuneet kustannukset. Suorat kustannukset voidaan heidän mukaansa jakaa terveydenhuollon kustannuksiin ja terveyspalveluiden ulkopuolisiin kustannuksiin, kuten hoitoon liittyviin matkakustannuksiin sekä erilaisiin sosiaalipalveluihin. Petitin (2000, 192) määritelmä suorista kokonaiskustannuksista on hieman tarkempi. Hänen mukaansa suoriin terveydenhuollon kustannuksiin sisältyvät potilaan hoidossa tarvittavat kokeet, lääkkeet, välineet, työntekijöiden palkat ja tarvikkeet. Lisäksi suoriin kustannuksiin kuuluvat vuokrat, arvonlennukset, etuudet, ylläpitokustannukset ja menetelmään liittyvät valtiontuet. Kustannuksia laskettaessa tulisi lisäksi ottaa huomioon hoidosta koituvat tai sillä vältettävät lisäkustannukset.

Sairaudesta johtuvista poissaoloista ja ennenaikaisesta kuolemasta aiheutuvia tuotannonpanosmenetyksiä kutsutaan epäsuoriksi kustannuksiksi (Kiiskinen ym. 2008, 40). Petitti (2000, 193) kutsuu tätä kustannuslajia tuottavuuskustannuksiksi. Hänen määritelmänsä mukaan tuottavuuskustannuksia ovat tuotannonpanosmenetysten lisäksi sairaudesta johtunut heikentynyt työkyky ja kyky nauttia vapaa-ajasta. Tuottavuuskustannusten takia kustannusten tarkastelun ajanjakson valitseminen on tärkeää. Tuottavuuskustannukset voidaan perustellusti sisällyttää myös terveysvaikutusten puolelle esimerkiksi laatupainotettuina lisäelinvuosina eikä niitä tulisi mitata rahallisesti. (Petitti 2000, 193.) Kiiskinen ym. (2008) ovat jättäneet välilliset kustannukset oman selvityksensä ulkopuolelle, koska heidän mukaansa ne ovat laskennallisia ja niiden analysointimenetelmät kehittymättömiä.

Välillisten kustannusten ja tuottavuuskustannusten rinnalla voidaan puhua myös aika- ja matkustuskustannuksista. Matkustuksen suoriin kustannuksiin voidaan laskea esimerkiksi matkustuksessa kuluvan polttoaineen hinta tai julkisen kulkuvälineen matkalippu. Aikakustannukset syntyvät esimerkiksi asiakkaan matkoihin sekä vastaanottoikäntiin ja sen odottamiseen kuluneesta ajasta. Kustannukset muodostuvat kuluneen ajan arvosta eli ajan vaihtoehtoiskustannuksista. (Kapiainen ym. 2014, 91–92.) Aika- ja matkustuskustannusten sekä tuottavuuskustannusten huomioonottaminen on lähellä Lillrankin ym. (2011, 106) käsitettä keskeneräisestä potilaasta, jossa potilastapaus työvaiheiden tai prosessien välillä muistuttaa varastoa, joka synnyttää kustannuksia potilaalle odotusajan, kärsimyksen ja rahallisten menetysten myötä, yhteiskunnalle menetetyt työvoiman ja myönnettyjen tukien ja etuuksien perusteella sekä hoitavalle organisaatiolle ”potilas-varaston” pito- ja koordinoitukustannusten myötä. Keskeneräisen potilaan käsite ei kuitenkaan ole olennainen esimerkiksi pitkäaikaissairaiden kohdalla, koska kyseiset potilaat ovat käytännössä aina mukana hoitoprosessissa. Näin ollen ”potilasvaraston” vähentäminen ei voi olla tarkoituksenmukainen tavoite. Toisaalta hoitoon kuluva aika ei myöskään ole olennaista, jos hoidolla ei ole suunniteltua lopetuspistettä tai muuta tavoitetta kuin terveydentilan vakaana pitäminen. (Lillrank ym. 2011, 106.) Kapiaisen ym. (2014, 91) mukaan aika- ja matkustuskustannukset voi jättää pois taloudellisesta arvioinnista tai vertailusta, jos kustannuserät ovat erittäin pieniä suhteessa kokonais-kustannuksiin tai jos ne eivät eroa vertailtavien vaihtoehtojen välillä.

Vaihtoehtoiskustannusten laskennan perustana on, että kulutetun resurssin yhteiskunnalle muodostama kustannus on sama kuin kyseisen resurssin arvo sen seuraavaksi parhaassa käyttötarkoituksessa. Terveystalotarkoituksella esiintyvän niukkuuden takia resursseja on käytettävissä vähemmän kuin kysyntä vaatisi. Tämän takia resurssien keskittäminen tiettyyn toimintoon vaatii niiden vähentämistä toisaalta, jolloin resurssi tulisi arvottaa kustannuksiltaan yhtä suureksi sen parhaan vaihtoehtoisen käyttötavan kanssa. Tätä kustannusta kutsutaan resurssin vaihtoehtoiskustannukseksi (Petitti 2000, 191.) Teoriassa resurssien yksikkökustannuksina pitäisi käyttää niiden vaihtoehto-

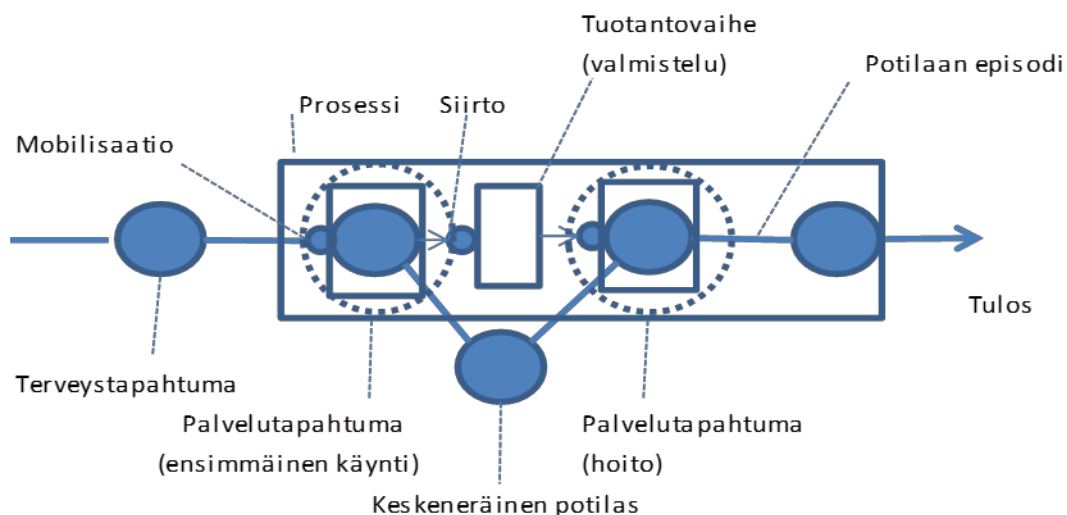
kustannuksia mutta käytännössä kustannuslaskenta perustuu markkinahintoihin, joiden käyttö on julkisella sektorilla ja erityisesti terveydenhuollossa vaikeaa koska markkinat eivät ole täydellisesti kilpailtuja (vrt. kpl 2.1). Resurssien markkinahinnat eivät siis vastaa täydellisesti kyseisten resurssien vaihtoehtoiskustannuksia. Esimerkiksi lääkärin palkka ei välttämättä vastaa hänen ammattitaitoaan. (Drummond ym. 2005, 58.)

Kustannusvaikuttavuuden arvioimiseksi olisi kustannusten osalta luotettavinta käyttää terveydenhuollon resurssien käytöstä aiheutuneita kustannuksia, eli niin sanottuja todellisia kustannuksia. (Kivistö 2003, 191–193). Kivistön tarkoittamina todellisina kustannuksina voidaan pitää edellä mainittuja suoria kustannuksia, joihin kuuluvat palveluiden tuottamisesta aiheutuvat kustannukset, kuten palkat, lääkkeet, tarvikkeet ja vuokrat.

Kaplanin ja Porterin (2011, 49) mukaan sekä kustannuksia että vaikutuksia tulisi mitata potilastasolla. Kustannusten tulisi sisältää potilaan tietyn terveystilan tai sairauden koko hoitosykli. Lisäksi potilaan terveydentilaa tulisi lähestyä koordinoitusti ja siihen tulisi sisällyttää laajasti myös tilanteeseen yleisesti liittyvät komplikaatiot ja muut sairaudet. Esimerkiksi diabetesta sairastavan potilaan hoidon kustannuksiksi tulee siis laskea diabeteksen hoidon lisäksi myös siihen yleisesti liittyvien sairauksien, kuten verisuonitautien, hoidon kustannukset. Kustannuksiksi tulisi laskea kaikkien potilaan hoidossa käytettyjen resurssien suorat kustannukset. Tällöin potilaille tuotetun hoidon arvo, eli kustannusvaikuttavuus, kasvaa kun terveydelliset vaikutukset lisääntyvät kustannusten pysyessä samana tai, kun kustannusten laskiessa terveydentila pysyy vakaana. Lisäksi paremmat terveydelliset tulokset kulkevat usein käsi kädessä hoidon pienempien kokonaiskustannusten kanssa. Esimerkiksi käyttämällä enemmän resursseja sairauden aikaiseen tunnistamiseen ja parempaan diagnosointiin, voidaan säästää potilaita kärsimykseltä ja usein hoidosta tai palveluketjusta tulee vähemmän monimutkaisempi ja kustannukseltaan alhaisempi. (Kaplan & Porter 2011, 49–50.)

Terveydenhuollon panosten analyysiyksikköinä voidaan käyttää toimitusketjuja, prosesseja, episodeja ja tapahtumia. Näiden yksiköiden kartoitus on perinteisesti tapahtunut yksilöimällä palveluntarjoajan harjoittama toiminta. (Lillrank ym. 2011, 195.) Womack ja Jones (2005) ovatkin ehdottaneet, että asiakkaan ja tuottajan toiminta kartoitettaisiin erikseen. Terveydenhuollossa potilaat ovat samanaikaisesti tuotannon kohteita ja itsenäiseen toimintaan pystyviä toimijoita. Tästä johtuen prosessien kartoituksessa tulisi ottaa huomioon potilaan koko matka terveydenhuollon palvelujärjestelmässä. Tästä analyysiyksiköstä käytetään nimitystä episodi. Episodissa esitetään aikajärjestyksessä kaikki terveyteen liittyvät toiminnot, jotka potilas tekee itse, tai joiden kohteena potilas on. Prosessin käsite tulisi rajoittaa kuvailemaan yhden palveluntarjoajan suunnittelemaa ja suorittamia työvaiheita. Jos prosessissa yhdistyvät useat palveluntarjoajat voidaan siitä käyttää nimitystä toimitusketju, palveluketju tai hoitoketju. Prosessien ja palveluketjujen risteyskohdat ovat palvelutapahtumia. Palvelutapahtuman suorittaa yksi tuot-

taja, joko yksi henkilö tai tiimi, vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. Palvelutapahtumaan ei sisälly siirtoja, vaan siirron jälkeen kyseessä on uusi palvelutapahtuma. Joissain palvelutapahtumissa, kuten tietyn ruokavalion seuraamisessa, palveluntuottajan ei tarvitse olla koko aikaa paikalla. Kuvaus terveydenhuollon analyysiyksiköistä löytyy seuraavassa kuviossa (kuvio 3). (Lillrank ym. 2011, 195–196.)



Kuvio 3 Terveydenhuoltopalveluiden prosessit, episodit ja palvelutapahtumat (Lillrank 2011, 196).

Keskeinen ero prosessin ja episodin välillä on siis prosessin vaiheiden ja palvelutapahtumien suunnitelmallisuus. Prosessissa palvelutuotanto etenee tiedetyn logiikan mukaan, jolloin eri vaiheet voidaan aikatauluttaa ja suunnitella etukäteen. Potilas-kohtaisen vaihtelun vuoksi kaikkea ei voi kuitenkaan ennustaa, jolloin analyysiyksikkönä tarvitaan episodit. (Lillrank ym. 2011, 196.)

Yhden tuotantoyksikön tai organisaation, kuten sairaalan, palvelutuotannon (suorat) kustannukset syntyvät palvelun tuottamisessa käytettyjen panosten määrästä ja hinnasta. Palvelun kustannus lasketaan siis kertomalla palveluun käytettyjen panosten määrä niiden hinnoilla. Panosten määrä koostuu erityisesti työstä. Panoksiin kuuluvat kuitenkin myös palvelun toimittamiseen käytetyt toimitilat sekä laitteet ja välituotteet, kuten esimerkiksi lääkkeet. Panokset voidaan hinnoitella esimerkiksi ansiotasolla, välillisillä työvoimakustannuksilla, toimitilojen pääomakustannuksilla sekä raaka-aineiden, laitteiden ja välituotteiden hinnoilla. Panosten hinta kuvaa osittain myös niiden laatua. Esimerkiksi lääkärin ja sairaanhoitajan ansiotasot eli panoksien hinnat eroavat, koska työtehtäviin vaadittava koulutus ja vaatavuustaso ovat erilaisia. Ansio- taso voi kasvaa myös esimerkiksi työntekijän kokemuksen kasvaessa. Kaikkia panosten laatueroja ei kuitenkaan voida selittää vain niiden hinnoilla. Työntekijöiden osaamistaso voi vaihdella ja myös työntekijöiden motivaatiossa voi olla eroja. Sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla

työntekijöiden osaaminen ja työkyky määrittävät pitkälti panosten laadun, koska hyvinvointipalvelujen tuottaminen on erittäin työvoimavaltaista. Panosten laatu taas heijastuu voimakkaasti tuotetun palvelun laatuun ja asiakkaan kokemaan laatuun. Panosten laadusta riippuu myös kyky käyttää olemassa olevaa teknologiaa eli kuinka teknisesti tehokkaasti palvelu tuotetaan. (Kangasharju 2008, 9.)

Palveluketjun tarkkojen kustannusten arvioiminen on haastavaa kahdesta syystä. Ensimmäiseksi potilaan hoitamiseksi voidaan tarvita monia erilaisia resursseja monessa eri organisaatiossa tai tuotantoyksikössä tapahtuvissa hoitoprosessissa tai -tapahtumissa. Kaikilla panoksilla voi olla erilaiset hinnat ja laadut (Kaplan & Porter 2011, 50). Panosten hintojen suhde niiden laatuun voi myös vaihdella eri tuotantoyksiköiden tai organisaatioiden välillä, jos esimerkiksi palveluketjussa on sekä julkisia, yksityisiä ja kolmannen sektorin palveluntarjoajia.

Toiseksi kustannusten laskentaa vaikeuttaa terveyspalvelujen tuottamisen hajautunut tuottamistapa eli monituottajamalli, jossa lukuisat erilaiset ja itsenäiset tuotantoyksiköt osallistuvat potilaan palveluketjuun. Hoito on usein myös idiosynkraattista, eli saman sairauden omaavat ihmiset kulkevat usein erilaisia palveluketjuja pitkin. (Kaplan & Porter 2011, 50.)

Petitti (2000, 186) on listannut neljä kriteeriä, joiden mukaan kustannusvaikuttavuutta voidaan arvioida. Ensimmäiseksi, hoito on kustannusvaikuttava, jos se on halvempi ja tuottaa vähintään saman vaikuttavuuden kuin vertailtava hoito. Toiseksi, hoito on kustannusvaikuttavaa, jos sekä kustannukset että vaikuttavuus kasvavat, mutta saavutetut edut kattavat lisäkustannukset. Vastaavasti hoito on kustannusvaikuttavaa, jos se on halvempi ja vähemmän vaikuttavampi, mutta säästetyt kustannukset kattavat menetetyt edut. Neljänneksi, hoito on kustannusvaikuttava, jos se säästää kustannuksia ja vaikuttavuus on suurempi tai yhtä suuri kuin vertailtavassa menetelmässä.

3.1.3 Vaikuttavuuden arviointi palveluketjussa

Vaikuttavuutta voidaan tarkastella sekä asiakasvaikuttavuutena että yhteiskunnallisen vaikuttavuutena. Asiakasvaikuttavuus ilmenee jonkinlaisena muutoksena tai terveydentilan vakaana pysymisenä potilaan elämässä. Lääketieteellisesti optimaalinen vaikuttavuus tarkoittaisi sairaudesta parantumista mutta pitkäaikaissairaiden kohdalla tämä ei useinkaan ole mahdollista. Siksi vaikuttavuuskäsitteeseen sisältyy myös terveydentilan vakaana pysyminen eli työ- ja toimintakyvyn säilyminen. (Silvennoinen-Nuora 2010, 115.)

Hoito- ja palveluketjun vaikuttavuuden arvioinnissa vaikuttavuus voidaan purkaa eri hoitoketjun vaiheissa tapahtuviksi vaikutuksiksi. Vaikuttavuus syntyy siis erilaisista vaikutuksista, jotka toteutuvat hoitoketjun eri vaiheissa eri tavoin ja erilaisten tapahtu-

mien yhteydessä. Näitä tapahtumia ovat esimerkiksi tutkimukselliset, lääketieteelliset, hoidolliset ja kuntoutukselliset toimenpiteet sekä hoito- ja/tai palveluprosessit. Oletuksena on, että palveluketjussa jokaisella tapahtumalla tai prosessilla on jonkinlaisia vaikutuksia potilaan parantumiseen tai terveydentilan vakaana pysymiseen. Vaikutusten arviointi kohdistetaan erityisesti siihen, minkälaisia vaikutuksia tapahtumalla on ollut ja mitkä mekanismit ja tekijät mahdollistavat tai estävät vaikutusten syntymisen. (Silvennoinen-Nuora 2010, 116.)

Drummondin ym. (2005, 20) mukaan hoitotapahtuman tai -menetelmän vaikutukset voidaan jakaa kolmeen kategoriaan. Ensimmäiseksi, potilaan terveydentilan muutosta voidaan mitata esimerkiksi saaduilla lisäelinvuosilla tai vähentyneillä työkyvyttömyyspäivillä. Toiseksi, vaikutukset eivät välttämättä suoraan liity potilaan terveydentilan paranemiseen. Tällaisia vaikutuksia ovat esimerkiksi potilaan saama varmistus omasta terveydentilastaan tai tieto siitä, että hän tulee saamaan apua. Kolmanneksi, terveydenhuollon menetelmän vaikutuksena voi olla resurssien säästö. Tämä säästö tarkoittaa sitä kustannusta, joka olisi syntynyt jos olisi toimittu toisenlaisella tavalla.

Vaikuttavuuden koostaminen yksittäisistä vaikutuksista on lähellä Michael Porterin (1985) kehittämää käsitettä arvoketjusta. Porter alkoi käyttää termiä arvoketju (engl. value chain) tarkoittamaan koko tuotantoketjua alkupään raaka-ainepanoksista loppukäyttäjän kuluttamiin tuotoksiin. Tätä ketjua kutsutaan arvoketjuksi, koska jokainen ketjun osa lisää arvoa alkuperäisiin panoksiin. Tämä ketju voidaan nähdä itse asiassa kahtena ketjuna. Ensimmäinen ketju kattaa kaikki ne toimintojen ketjut, joita tarvitaan yhden organisaation sisällä, jotta se voisi valmistaa tuotteen tai tarjota palvelun. Toinen arvoketju sisältää organisaatioiden väliset toiminnot, joissa yhden organisaation tuotokset muuttuvat seuraavan organisaation panoksiksi. Arvoketjuanalyysiin kuuluvat siis niin analyysin kohteena olevan organisaation toimittajien arvoketjut, kyseisen organisaation arvoketjut, jakelijoiden arvoketjut ja loppukäyttäjien arvoketjut. (Porter 1985.)

Terveydenhuoltoalalla arvoketju-ajattelu merkitsee enemmän haavetta kuin todellisuutta. Jokaisessa arvoketjun eri vaiheessa on organisaatioita, mutta niiden välillä on vain vähäistä yhteistä koordinointia, laajaa strategista yhteistoimintaa, tiedon jakoa, organisaatioiden välistä luottamusta sekä kilpailevia toimitusketjuja, joiden tarkoituksena olisi tuottaa suurinta mahdollista arvoa asiakkaille pienin mahdollisin kokonaiskustannuksin. Arvoketjun eri organisaatioita ovat esimerkiksi tuottajatasolla lääkeyhtiöt ja tietojärjestelmien kehittäjät, ostotasolla lääkkeiden ja kirurgisten laitteiden tukkumyyjät sekä palvelun tarjoajien tasolla erilaiset sairaalat, julkiset terveydenhuolto-palvelut, yksityiset palveluntarjoajat ja kolmannen sektorin toimijat. (Burns ym. 2002, 11–12.) Myös Lillrankin (2008) mukaan terveydenhuollon arvoketju on ”sumeä”. Hänen mukaansa siihen ovat syynä esimerkiksi tuotantoprosessien sisäinen vaihtelu, potilaskohtainen vaihtelu, epävarmuus, riski ja potilaan oma toiminta sekä potilaiden kokeman arvon subjektiivinen laatu, uskottavuus ja legitimizeetti.

Kaplan ja Porter (2011, 49) toteavat, että terveydenhuollon arvoa pitäisi mitata potilaiden saavuttamien terveydellisten hyötyjen suhteena käytettyihin kustannuksiin. Heidän mielestään vaikutuksia tulisi mitata monilla eri ulottuvuuksilla, kuten selviytymisellä, toimeentulolla, hoidon kestolla, potilaille koituvilla kivuilla, haitoilla ja komplikaatioilla sekä toipumisen tai paranemisen kestävyydellä. He väittävätkin, että vaikutusten parempi mittaaminen johtaa jo itsessään parempaan terveydenhuollossa tuotettuun arvoon, koska palveluntuottajien kannustimet siirtyvät tuottamaan palveluita, jotka parhaiten vaikuttavat potilaiden terveydentilaan. Jos vaikutuksia ei mitata tarkasti ja laajasti, voi palveluntuottajien kannusteena olla tuottaa vain niitä palveluita, joiden kustannuksia toiminnan rahoittajat, kuten esimerkiksi valtio, kunta tai vakuutusyhtiöt, korvaavat laajimmin. (Kaplan & Porter 2011, 49.)

3.2 Laatu

3.2.1 *Laadun määritelmät terveydenhuollossa*

Prosessuaalisen sujuvuuden ja henkilöstön aikaansaannoskyvyn ohella asiakaslaatu ja asiakastyytyväisyys ovat edellytyksiä hoidon vaikuttavuudelle (Lumijärvi 1994a, 64–65). Asiakaskeskeinen laatu näkemys korostaa asiakkaan näkökulmaa. Yksittäisen asiakkaan kannalta hoidon tavoitteena voidaan pitää asiakkaan tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon. (Mäki 2004, 161.) Asiakastyytyväisyys tai -tyytymättömyys on kuitenkin vain asiakkaan oma tulkinta palvelutilanteesta eikä se kerro koko totuutta asioinnin laadusta. Tyytyväisyys muodostuu monen tekijän, kuten odotusten, objektiivisten tarpeiden ja todellisen palvelun, vuorovaikutuksesta. Arviointi on lisäksi subjektiivista ja siihen heijastuvat arvioijien omat ominaisuudet. (Lumijärvi 1994a, 75.) Asiakkaan tyytyväisyys on terveydenhuollossa ongelmallista myös terveydenhuoltoalalle ominaisen epätäydellisen informaation takia. Asiakas ei siis välttämättä tiedä, mikä olisi kulloinkin paras vaihtoehto hänen tarpeisiinsa. Lisäksi julkisella sektorilla täytyy ottaa huomioon myös muiden asiakkaiden tarpeet. Asiakaskeskeisen laatu näkemyksen rinnalle tarvitaan siis myös muita laatu näkökulmia, joita ovat esimerkiksi suunnittelu-, tuotanto- ja yhteiskuntakeskeiset laatu näkökulmat

Suunnittelukeskeinen laatu näkemys korostaa palvelun suorituskykyä keskeisenä ominaisuutena. Laatu näkemykseen liittyy näyttöön perustuva hoito, eli vaikuttaviksi osoitettujen hoitomuotojen käyttö. Asiantuntijoilla olevan tiedon ja taidon takia suunnittelukeskeinen laatu näkemys korostaa asiantuntijan näkökulmaa. Asiakaskeskeinen laatu on tärkeää hoidon suunnittelukeskeisen laatu näkemyksen kannalta, koska hoidon tavoitteiden saavuttaminen edellyttää asiakkaan sitoutumista saamaansa hoitoon. Asiakkaalle

tulee antaa riittävästi tietoa sairaudestaan ja sen hoitamisesta. Lisäksi asiakkaalla tulee olla mahdollisuus osallistua oman hoitonsa suunnitteluun, jotta hänen yksilölliset tarpeensa tulevat otettua huomioon hoitosuunnitelmassa. (Mäki 2004, 161.) Suunnittelukeskeinen laatu näkemys on lähellä Druckerin (1963) määritelmää vaikuttavuudesta. Kummankin käsitteen perusajatuksena on oikeiden asioiden tekeminen.

Tuotantokeskeisessä laatu näkemyksessä verrataan suunnitellun toiminnan ja lopputuloksen välistä suhdetta, eli korostetaan suunnitelmien virheetöntä toteutusta. Näkökulmaan kuuluu lisäksi vaihtelun hallinta. Terveystenhoollossa toiminnan vaihtelu voi tarkoittaa esimerkiksi hoitovirhettä. Virhe voi johtua esimerkiksi siitä, että on toimittu vastoin oikeaa hoitokäytäntöä esimerkiksi osaamattomuuden tai kokemattomuuden takia. Myös hoidon viivästymistä potilaasta riippumattomista syistä voidaan pitää hoitovirheenä, mikäli viivästymisestä on koitunut haittaa potilaalle. Lisäksi terveydenhuollossa ei aina voida määritellä yksiselitteisiä oikeita käytäntöjä eri tilanteisiin. Tällöin on vaikea arvioida, tapahtuiko hoitovirhettä tai aiheutuiko hoidosta tarpeetonta haittaa. (Liukko 2001, 17–18.) Lisäksi potilaat voivat itse vaikuttaa hoidon lopputulokseen ja aiheuttaa vaihtelua hoitoprosesseissa (Mäki 2004). Tuotantokeskeistä laatu näkökulmaa voidaan verrata Druckerin (1963) tehokkuusnäkökulmaan, jonka olennaisimpana ajatuksena on asioiden oikein tekeminen.

Chassin ja Galvin (1998) ovat jaotelleet terveydenhuollon toiminnan virheet kolmeen osa-alueeseen: ali-, yli- ja väärinkäyttöön. Alikäyttöä tapahtuu, kun terveydenhoidollista palvelua ei tarjota, vaikka se olisi johtanut hyvään lopputulokseen potilaan kannalta. Alikäyttöä on esimerkiksi rokotteiden puuttuminen potilaalta. Ylikäyttöä esiintyy silloin, kun tarjottavan palvelun mahdolliset haitat ovat suuremmat kuin mahdolliset hyödyt. Lääkärin määrätessä antibiootteja viruksen aiheuttamaan nuhaan, johon antibiootit ovat tehottomia, on esimerkki ylikäytöstä. Väärinkäyttöä ovat tilanteet, joissa on tehty oikea toimenpide, mutta ehkäistävissä olleet komplikaatiot estävät potilasta saamasta täyttä hyötyä palvelusta. Väärinkäyttöä esiintyy esimerkiksi silloin, kun potilaalle määrätään lääkkeitä, joille hän on allerginen.

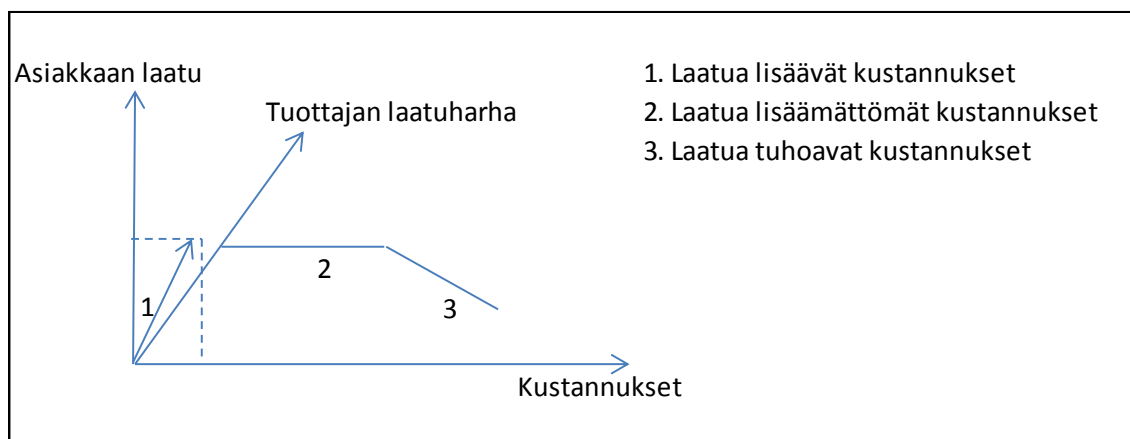
Terveystenhoidon laadun virheet voidaan jaotella myös muunlaisin perustein. Ghildayal ym. (2011) ovat tutkimuksessaan löytäneet neljä eri terveydenhuollon palvelutuotannon tehottomuudesta johtuvaa virhettä. Ensimmäinen virhe liittyy diagnosointiin eli esimerkiksi myöhästyneisiin tai väriin potilaan tilan diagnosointeihin sekä vanhentuneiden testausapojen käyttöön. Toinen virhe liittyy potilaan hoitoon. Tämä virhe esiintyy muun muassa silloin, kun hoito-operaatiossa on virheitä, lääkettä annostellaan väärä määrä, tai kun hoito viivästyy ongelmien takia, jotka olisi voitu ennustaa. Kolmas virhe liittyy ongelmiin ehkäisevässä hoidossa, esimerkiksi puutteellisessa jatkohoidossa. Neljäs terveydenhuollon virhe käsittää kaikki ne virheet, jotka eivät kuulu kolmeen aikaisempaan virhealueeseen. Näitä virheitä ovat kommunikaatiovirheet, laitteistoviat ja muut järjestelmään liittyvät ongelmat.

Yhteiskuntakeskeisessä laatu näkökulmassa laatua tarkastellaan laajemmin, kuin vain yksittäisen asiakkaan näkökulmasta. Yksittäisen asiakkaan tarpeet on suhteutettava muiden asiakkaiden tarpeisiin, joten laatua on tarkasteltava myös yhteisen hyvän kautta. (Mäki 2004, 162.) Øvretveitin (1992) mukaan terveyspalvelujen laatua voidaan pitää hyvänä, kun palveluita eniten tarvitsevien ihmisten tarpeet tyydytetään mahdollisimman vähin kustannuksin. Mäen (2004) mukaan myös tehoton hoito voidaan kokea laadukkaaksi hoidoksi yksittäisen asiakkaan näkökulmasta. Yhteiskuntakeskeinen laatu näkökulma painottaa usean asiakkaan näkökulmaa, koska kaikkien asiakkaiden tarpeita on mahdotonta tyydyttää. Tämän seurauksena sosiaali- ja terveyspalveluissa joudutaan tekemään priorisointeja ja kompromisseja eri asiakkaiden tarpeiden välillä. Pahlmanin (2003) mukaan priorisoinnilla tarkoitetaan ensisijaisesti vaikuttavuudeltaan tai kustannusvaikuttavuudeltaan tehottomien menetelmien, yksiköiden ja toimijoiden tunnistamista, karsimista ja kehittämistä.

Yhteiskuntakeskeinen laatu näkökulma yhdistää toiminnan tehokkuusnäkökulmat hoidon vaikuttavuuteen, ottaen huomioon myös toiminnan vaihtoehtokustannukset. Vaikka hoito siis olisi erittäin kustannusvaikuttavaa, se ei välttämättä ole yhteiskunnan näkökulmasta laadukasta, jos samat resurssit voitaisiin käyttää kustannusvaikuttavammin tai kustannustehokkaammin myös muualla. Druckerin (1963) käyttämien termien perusteella laatua yhteiskunnan kannalta on oikeiden asioiden oikein tekeminen. Se, mikä on kulloinkin yhteiskunnan kannalta oikeaa toimintaa, jää päättäjien vastuulle.

3.2.2 Laadun suhde kustannuksiin

Palveluja tuottaessa kustannusten lisääminen ei aina lisää laatua asiakkaan näkökulmasta. Kustannustehokkaasti ja laadukkaasti tuotettu palvelu merkitsee usein parempaa kustannusten ja vaikuttavuuden suhdetta, jolloin hoidosta saatavat hyödyt asiakkaiden näkökulmasta voivat parantua. Jos parempi laatu merkitsee samalla myös parempaa kustannus-laatusuhdetta, niin vähemmillä kustannuksilla voidaan saada aikaan parempia vaikutuksia ja tyytyväisempiä asiakkaita kuin aikaisemmin. (Lumijärvi 1999, 18.) Laadun ja kustannusten suhde voi kuitenkin olla myös päinvastainen, kuten seuraavassa kuviossa esitetään.



Kuvio 4 Asiakaslaadun ja kustannusten tasapaino (mukaillen Silvennoinen-Nuora 2010, 79)

Kuvion 4 perusteella olennaista on selvittää kenen kannalta laatua tarkastellaan ja missä kulkee laadun ja kustannusten optimaalinen raja. Kuvion perusteella asiakkaan laatua lisäämättömät ja tuhoavat kustannukset pitäisi karsia ja keskittyä asiakkaan laatua lisääviin kustannuksiin. Laatu on kuitenkin moniulotteista ja tarkastelussa on tärkeä nimetä, miltä kannalta laatua tarkastellaan. On myös tärkeää määritellä mitä tuottajalla ja asiakkaalla tarkoitetaan. Tuottaja voi olla esimerkiksi kunta, sairaanhoitopiiri tai yksittäinen palveluyksikkö. Asiakkaana voidaan pitää potilaan ohella esimerkiksi palvelun rahoittajia, työnantajia ja terveysturvaviranomaisia. (Silvennoinen-Nuora 2010, 79–80.)

Erilaiset laatu- ja kustannuskulmat tuovat oman lisänsä kustannusten ja laadun optimaalisen suhteen määrittelyyn. Kuviossa 4 kuvatut asiakaslaatu lisäämättömät kustannukset eivät välttämättä ole turhia kustannuksia yhteiskuntakeskeisen laatu- ja kustannuskulman perusteella, jos niiden avulla palvelun kustannusvaikuttavuus paranee. Toisin sanoen, vaikka asiakkaan kokema laatu ei enää lisäpanostuksilla kasvaisikaan, voi silti olla perusteltua panostaa hoitoon myös tämän pisteen yli, jos sillä on positiivisia vaikutuksia potilaan terveydentilaan ja sitä kautta hoidon kustannusvaikuttavuuteen. Asiakaslaatu tuhoavat kustannukset voivat myös olla perusteltuja, jos yhteiskunnan kokonaishyvän kannalta potilas on pakko saada hoitoon tai pidettävä hoidossa. Tällainen tilanne voi olla esimerkiksi psykiatristen potilaiden pakkohoidossa. Suunnittelukeskeisen laatu- ja kustannuskulman mukaan, joissain tilanteissa voi olla perusteltua panostaa vähemmän asiakkaan kokemaan laatuun, jos kyseisen asiakkaan sairauden tieteelliseen näyttöön perustuva hoito ja yksilölliset tarpeet eivät vaadi kaikkia niitä panostuksia, joita asiakas haluaisi. Lisäpanostuksilla asiakastyytyväisyys kasvaisi, mutta niillä ei olisi minkäänlaista vaikutusta terveydentilaan. Suunnittelukeskeinen ja yhteiskuntakeskeinen laatu- ja kustannuskulma voivat myös olla ristiriidassa niin, että tieteelliseen näyttöön perustuvassa hoidossa voidaan tarvita sellaisia panostuksia ja kustannuksia, jotka yhteiskuntakeskeisestä laatu- ja kustannuskulmasta olisivat paremmin käytössä jossain muussa hoidossa tai toiminnassa.

Suunnittelukeskeisessä laatu näkemyksessä palvelun ominaisuudet määrittelevät sen laadun. Palvelun ominaisuuksien suunnittelija toimii asiantuntijana. Kustannukset nousevat lisäämällä ominaisuuksien lukumäärää tai yhden ominaisuuden määrää. Asiakkaan kanssa keskustelua voidaan pitää yhtenä palvelun ominaisuutena. Palvelun kustannukset nousevat, mikäli palveluun sisältyvää keskusteluaikaa lisätään. Tämän seurauksena suunnittelukeskeisen laadun parantaminen lisää aina kustannuksia. Ammattitaitoinen henkilökunta saattaa kuitenkin alentaa kokonaiskustannuksia, vaikka korkeammin koulutettu henkilökunta on kalliimpaa kuin vähemmän koulutettu. (Mäki 2004, 141.)

Tuotantokeskeinen laatu näkemys korostaa virheettömyyttä. Virhetyyppien jakaminen kolmeen osaan, esimerkiksi käyttäen edellä esitettyä Chassinin ja Galvinin (1998) jaottelua, selkeyttää laadun ja kustannusten välistä suhdetta. Vähentämällä ylikäyttöön liittyviä ongelmia, nostetaan palvelun laatua vähentämällä potilaan riskiä, ja lasketaan kustannuksia. Myös väärinkäytön ongelmien vähentäminen nostaa laatua vähentämällä potilaiden komplikaatioita ja laskemalla samalla kustannuksia. Alikäytön ongelmien vähentäminen nostaa poikkeuksellisesti melkein aina sekä laatua että kustannuksia. Näitä suhteita ymmärtämällä selkeytyy myös käsitys siitä, miten terveydenhoidon tuotantokeskeistä laatua ja palveluiden arvoa on tehokkainta parantaa. Terveydenhuoltopalveluiden arvo voidaan määrittää esimerkiksi terveydelle aiheutuneiden hyötyjen suhteella käytettyyn rahamäärään. Suurimmat hyödyt saavutetaan, kun sama toiminto nostaa hyötyjä ja laskee kustannuksia. Näin tapahtuu esimerkiksi yli- ja väärinkäytön ongelmia vähentäessä. Alikäytön ongelmien suhde palvelun laatuun ja arvoon on vähemmän selkeä koska tähän liittyvät toimet nostavat sekä hyötyjen että kustannusten määrää. (Chassin & Galvin 1998.) Jos siis tuotantokeskeistä laatua parannetaan vähentämällä palveluiden alikäyttöä ja sen seurauksena potilaiden terveydentila nousee suhteessa enemmän kuin kustannukset, voidaan lopputulosta pitää aikaisempaa kustannusvaikuttavampana hoitona. Yhteiskuntakeskeinen näkemys voi kuitenkin olla, että lisääntyneet kustannukset ja panostukset olisivat paremmassa käytössä muunlaisessa toiminnassa. Lopputulosta ei täten voida pitää parempana laatuna yhteiskunnan näkökulmasta.

4 TYÖKALU AINEISTON ANALYSOIMISEKSI

Tutkimuksen aineisto on analysoitu neljästä eri näkökulmasta. Nämä näkökulmat pohjautuvat Lumijärven (1999) tekemään jaotteluun sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan vaikuttavuuden osatekijöistä. Hän määritteli toiminnan vaikuttavuuden palvelujen ja palveluprosessien tai kokonaisten palvelujärjestelmien kyvyksi saada aikaan haluttuja vaikutuksia. Hänen mukaansa vaikuttavuuden osatekijät voidaan jakaa henkilöstö-, prosessi-, asiakas- ja vaikuttavuusnäkökulmiin. Nämä näkökulmat voidaan lisäksi esitellä syy-seuraussuhteena seuraavan kuvion esittämällä tavalla.



Kuvio 5 Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan vaikuttavuuden osatekijät (Lumijärvi 1999)

Näkökulmat ovat kuvion mukaisessa järjestyksessä syy-seuraussuhteessa keskenään. Henkilöstön toiminta vaikuttaa prosesseihin, jotka yhdessä vaikuttavat asiakkaihin. Henkilöstön, prosessien ja asiakkaiden toiminnan tuloksena syntyy toiminnan vaikuttavuus. Tämä jaottelu sopii hyvin tämän tutkimuksen tarpeisiin, koska tarkoituksena on havainnoida ja analysoida palveluketjujen ongelmia. Tarkoituksena on siis selvittää, miksi kaksoisdiagnoosipotilaiden palveluketjujen vaikuttavuudessa on ongelmia.

Kuviossa esiteltyt näkökulmat loivat alustavan viitekehyksen palveluketjujen ongelmien analysoinnille. Tutkimuksen analyysikappaleet ovat jaoteltu yllä esiteltyjen näkökulmien mukaan. Kappaleissa aineistoa analysoidaan tutkimuksessa aiemmin esitellyn teoriaosuuden avulla. Aihepiirin aikaisempi teoria on auttanut tässä tutkimuksessa kahdella tavalla. Ensimmäiseksi kuviossa esiteltyt näkökulmat auttoivat selvittämään mitä kokonaisuuksia palveluketjuista tulisi tarkastella. Toiseksi aikaisempi teoria antoi työkalut näiden kokonaisuuksien jäsentämiseksi ja havaittujen ongelmien liittämiseksi suurempiin kokonaisuuksiin.

Palveluketjuissa havaittujen ongelmien yhteenveto eri näkökulmista esitellään taulukossa 8 kappaleessa 6.6. Taulukossa kaikki havaitut ongelmat on jaoteltu eri näkö-

kulmien lisäksi kolmeen laajempaan osa-alueeseen. Ongelmien jaottelu mukailee Ghildayalin ym. (2011) tutkimuksessaan esittämää terveydenhuollon palvelutuotannon virheiden jaottelua (ks. kpl. 3.2.1). Tässä tutkimuksessa Ghildayalin ym. (2011) jaottelun toinen ja kolmas osa-alue, eli hoitoon ja jatkohoitoon liittyvät virheet, yhdistettiin palveluketjun koordinoinnin osa-alueeksi. Yhdistäminen tehtiin siksi, että kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon ongelmat liittyvät vahvasti koko palveluketjun toimintaan eikä ongelmien jaottelu hoidon ja jatkohoidon osa-alueisiin olisi ollut tarkoituksenmukaista. Kun Lumijärven (1999) tunnistamat toiminnan vaikuttavuuden osatekijät yhdistettiin Ghildayalin ym. (2011) terveydenhuollon virheiden jaotteluun, tulokseksi saatiin seuraavassa taulukossa esitelty työkalu esimerkkitapausten analysointiin.

Taulukko 4 Palveluketjun ongelmien jaottelu eri osa-alueisiin ja näkökulmiin

Näkökulma				
Ongelma	Henkilöstö-näkökulma	Prosessi-näkökulma	Asiakas-näkökulma	Vaikuttavuus-näkökulma
1. Tarpeiden tunnistukseen liittyvät ongelmat	Mitä palveluketjujen ongelmia esimerkkitapauksissa voidaan havaita eri näkökulmista liittyen asiakkaan tarpeiden tunnistamiseen?			
2. Palveluketjun koordinointiin liittyvät ongelmat	Mitä palveluketjujen ongelmia esimerkkitapauksissa voidaan havaita eri näkökulmista liittyen palveluketjujen koordinointiin?			
3. Muut ongelmat	Mitä palveluketjujen ongelmia esimerkkitapauksissa voidaan havaita eri näkökulmista liittyen muihin mahdollisiin asioihin?			

Yllä olevan taulukon avulla pyritään siis vastaamaan tutkimuksen ensimmäiseen tutkimuskysymykseen: ”Mitä ongelmia kaksoisdiagnoosipotilaiden palveluketjuissa voidaan havaita?” Taulukko tarkasteltaessa on syytä huomioda, että sosiaali- ja terveydenhuollon palveluketjujen ongelmat ovat usein niin monimutkaisia ja laajoja, että sama ongelma voidaan havaita monestakin eri näkökulmasta. Toisaalta ongelma voi kuulua myös useampaan eri osa-alueeseen. Näkökulmia voidaan pitää niiden syy-seuraussuhteen johdosta kumuloituvina, eli henkilöstönäkökulman ongelmat vaikuttavat prosessinäkökulman ongelmiin, jotka yhdessä vaikuttavat asiakasnäkökulman ja vaikuttavuusnäkökulman ongelmiin. Jaottelu eri näkökulmiin ja osa-alueisiin on siis osaltaan keinotekoinen, mutta sen avulla saa kuitenkin hyvän käsityksen palveluketjujen ongelmien laajuudesta.

Yhdistämällä palveluketjuissa havaitut ongelmat PPPR-projektin uusien palvelumallien toimintaperiaatteisiin voidaan analysoida, millä mekanismeilla palveluketjujen kustannustehokkuus- ja vaikuttavuus voivat parantua. Toisaalta saadaan selville myös ne ongelmat, joihin projekti ei vaikuta tai joihin se ei edes voi vaikuttaa. Tutkimuksen

johtopäätöksissä tuloksia vertaillaan tutkimuksen kirjoittamisen aikana julkisuudessa esillä olleisiin sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksiin.

5 MENETELMÄT

Tämä tutkimus on kirjoitettu toimeksiantona Turun kaupungin hyvinvointitoimialan PPPR-projektityöryhmälle. Tutkimusstrategiaksi valittiin tapaustutkimus, koska tarkoituksena on ymmärtää mahdollisimman hyvin kohteena olevaa tapausta. Tapaustutkimus on empiirinen tutkimus, joka käyttää monipuolista ja monin eri tavoin hankittua tietoa analysoimaan tiettyä nykyistä tapahtumaa tai toimintaa rajatussa ympäristössä (Yin 1987, 23). Tapaustutkimuksen vahvuutena on sen kyky yhdistellä monia erilaisia aineistoja ja aineistonkeruumenetelmiä. Aineistoa voidaan kerätä esimerkiksi haastatteluilla, havainnoimalla tai suoraan tilastoista. (Yin 2003, 8.) Tapaustutkimuksen aineisto voi koostua kvalitatiivisesta ja kvantitatiivisesta datasta. (Eisenhardt 1989, 534–535). Tapaustutkimusta voidaan käyttää pääsääntöisesti kolmeen eri tarkoitukseen: tutkimiseen, kuvaamiseen ja selittämiseen. Tutkimuskysymykset ovat tyypillisesti muotoa ”miten” ja ”miksi” (Yin 1994, 5–13). Tässä tutkimuksessa sovelletaan laadullista tapaustutkimusta.

Erikssonin ja Kovalaisen (2008, 21–23) mukaan sosiaalitieteiden tutkimuksessa on olemassa kaksi yleisesti käytettyä tutkimusotetta: induktio ja deduktio. Näiden lisäksi voidaan tunnistaa myös kolmas tutkimusote, jota kutsutaan abduktioksi. Deduktiivisessa tutkimusotteessa tutkimus perustuu teoriaan ensisijaisena tietolähteenä. Tutkimus kulkee teorian ja hypoteesien kautta tutkimuksen kohteena olevan asian empiiriseen analyysiin. Teoriasta siis johdetaan ratkaisuehdotus, jonka totuudellisuutta testataan aineistolla. Induktiivisessa tutkimusotteessa käytetään empiiristä tutkimusta teoreettisten tulosten aikaansaamiseksi. Induktiivinen tutkimusote on siis aineistolähtöistä ja sen tavoitteena on uuden teorian luominen. Abduktiivisessa tutkimusotteessa ihmisiltä saata- vat jokapäiväiset kuvaukset ja merkitykset luovat pohjan ilmiön ymmärtämiselle ja selittämiseksi. Abduktiivisessa tutkimusotteessa on piirteitä sekä induktiosta että deduktiosta. (Eriksson ja Kovalainen 2008, 21–23.) Tämä tutkimus noudattaa induktiivista tutkimusotetta, jossa ratkaisut tutkimuskysymyksiin löytyvät ensisijassa empiirisestä aineistosta.

Tutkimuksen aineisto koostuu esimerkkitapauksista, joiden tarkoituksena on kuvailla kaksoisdiagnoosipotilaiden palveluketjujen ongelmia mahdollisimman todenmukaisesti. Esimerkkitapaukset ovat henkilöstö- ja asiakashaastatteluihin perustuvia, kuvitteellisia asiakastapauksia. Nämä kuvaukset eivät siis edusta ketään yksittäistä asiakasta, vaan niihin on yhdistetty kohderyhmän tilannetta ja palveluprosessia kuvaavia tekijöitä. Nämä asiakastapaukset on luotu PPPR-projektissa hankkeen kehitystyötä varten, eli niiden tarkoituksena on kuvata laajasti kaikki mahdolliset tilanteet kyseisen asiakasryhmän hoidossa. Tapaukset pohjautuvat moniin kymmeniin asiakkaisiin ja monien asiantuntijoiden kokemuksiin. Tutkijalla ei ollut roolia aineiston keräämisessä. Esimerkkitapaukset on alun perin luotu PPPR-projektin työntekijöiden koulutustarkoituksiin.

Kaikkia esimerkkitapauksia ei ollut tarpeen erikseen esitellä tutkimuksen analyysivaiheessa, koska niissä havaitut ongelmat ovat laajasti yhdistettävissä samoihin tekijöihin ja tuloksena olisi ollut turhaa toistoa. Tutkimuksen tulokset pohjautuvat kuitenkin kaikkiin yhdeksään esimerkkitapaukseen ja tekstissä esiteltujen esimerkkitapausten roolina on enemmänkin selventää sitä päättelyketjua, joilla tuloksiin on saavuttu. Kaikki yhdeksän esimerkkitapausta löytyvät tutkimuksen liitteistä (liitteet 1-9).

Esimerkkitapausten kaltaisten työkalujen hyödyntäminen palveluketjujen analysoinnissa on yleinen tapa esimerkiksi palvelumuotoilun (engl. service design) tieteenhaaarassa. Tässä tutkimuksessa käytetyt esimerkkitapaukset ovat eräänlainen sekoitus palvelumuotoilussa käytettyjä työkaluja, kuten ”persoonia”, ”muotoiluskenaarioita” ja ”tarinankerrontaa”. Palvelumuotoilussa ”persoonat” ovat fiktionaalisia profileja tiettyistä asiakasryhmistä, joiden tarkoituksena on kuvata tarkasteltavaa palveluprosessia eri perspektiiveistä. Vaikka ”persoonat” ovat fiktionaalisia, niiden profiilit kuvaavat todellisia reaktioita ja motivaatioita. ”Muotoiluskenaariot” ovat hypoteettisia tarinoita, joiden tarkoituksena on kuvata tiettyjä asioita tai tilanteita palvelussa. Skenaarioita voidaan käyttää myös kuvaamaan negatiivisia tilanteita, kuten palveluketjujen ongelmia. Skenaarioiden avulla on mahdollista tarkastella, analysoida ja ymmärtää niitä asioita, joista palvelukokemus muodostuu. ”Tarinankerronnassa” yllä mainitut asiat voidaan yhdistää ja täten luoda erilaisia tarinoita palveluprosesseista tai sen aiheuttamista kokemuksista. Tarinoiden avulla palveluketjujen yksityiskohtia voidaan tarkastella oikeassa kontekstista. (Stickdorn ja Schneider 2011, 178–203.)

Erikssonin ja Koistisen (2005, 19) mukaan tapaustutkimus on useimmiten monimuotoinen ja iteratiivinen prosessi, joka ei välttämättä etene suoraviivaisesti. Tutkija voi käydä läpi monia vaiheita, palata takaisin ja tarkentaa, kehittää vuoropuhelua empirian ja teorian välillä ja niin edelleen. Tapaustutkimukseen kuuluu kuitenkin tietyt vaiheet riippumatta siitä, minkälaista tapaustutkimusta ollaan tekemässä ja missä järjestyksessä vaiheet tutkimuksessa lopulta tehdään tai esitetään. Keskeisiä työvaiheita ovat (Eriksson ja Koistinen 2005, 19):

- tutkimuskysymysten muotoileminen
- tutkimusasetelman jäsentäminen
- tapausten määrittely ja valinta
- käytettävien teoreettisten näkökulmien ja käsitteiden määrittely
- aineiston ja tutkimuskysymysten välisen vuoropuhelun logiikan selvittäminen
- aineiston analyysitapojen ja tulkintasääntöjen päättäminen
- raportointitavan päättäminen.

Edellä kuvatut vaiheet käydään läpi, mutta järjestys ei ole ennalta sovittu ja tyypillisesti eri vaiheisiin palataan useaan kertaan tutkimusprosessin aikana. Esimerkiksi tutkimuskysymyksiä voidaan muuttaa tai tarkentaa useassa eri vaiheessa. (Eriksson ja

Koistinen 2005, 19.) Tässä tutkimuksessa on erityisesti tutkimuskysymysten muotoilun ja teoreettisen näkökulmien valintojen kautta ollut nähtävissä vahva iteratiivinen prosessi, jossa tutkijan oman teoreettisen tiedon lisääntyminen on muokannut tutkimuskysymyksiä sekä sitä kautta tutkimusasetelmaa. Lisäksi tutkimuskysymyksiin, tutkimusasetelmaan, tapauksen määrittelyyn ja teoriaan on vaikuttanut vahvasti myös vuoropuhelu tutkimuksen toimeksiantajan kanssa. Vuoropuhelussa on tarkentunut esimerkiksi mitä tapauksessa on mahdollista tutkia ja millä tasolla. Tämä on taas vaikuttanut tutkimuskysymysten muotoiluun, tutkimusasetelmaan ja teoreettisiin näkökulmiin.

Tutkimusprosessin alussa tutkija ja toimeksiantaja yhdessä neuvottelivat mitä projektissa on mahdollista tutkia ja miten. Aluksi suunnitelmana oli tutkia tilastollisesti projektin vaikutuksia potilaiden hoidon kustannuksiin ja vaikuttavuuteen. Tämä vaihtoehto ei kuitenkaan lopulta ollut mahdollinen, sillä lakiteknisistä syistä tarvittavaa aineistoa ei ollut saatavilla. Kun saatavissa oleva aineisto oli selvillä, voitiin muotoilla lopulliset tutkimuskysymykset. Tämän jälkeen määriteltiin tarvittavat käsitteet ja teoreettiset näkökulmat, joiden perusteella aineistoa analysoitiin ja tulkittiin.

6 PALVELUKETJUN ONGELMIEN ANALYSOINTI

6.1 PPPR-projektin toimintaympäristö

6.1.1 Mielenterveys- ja päihdepotilaiden sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut

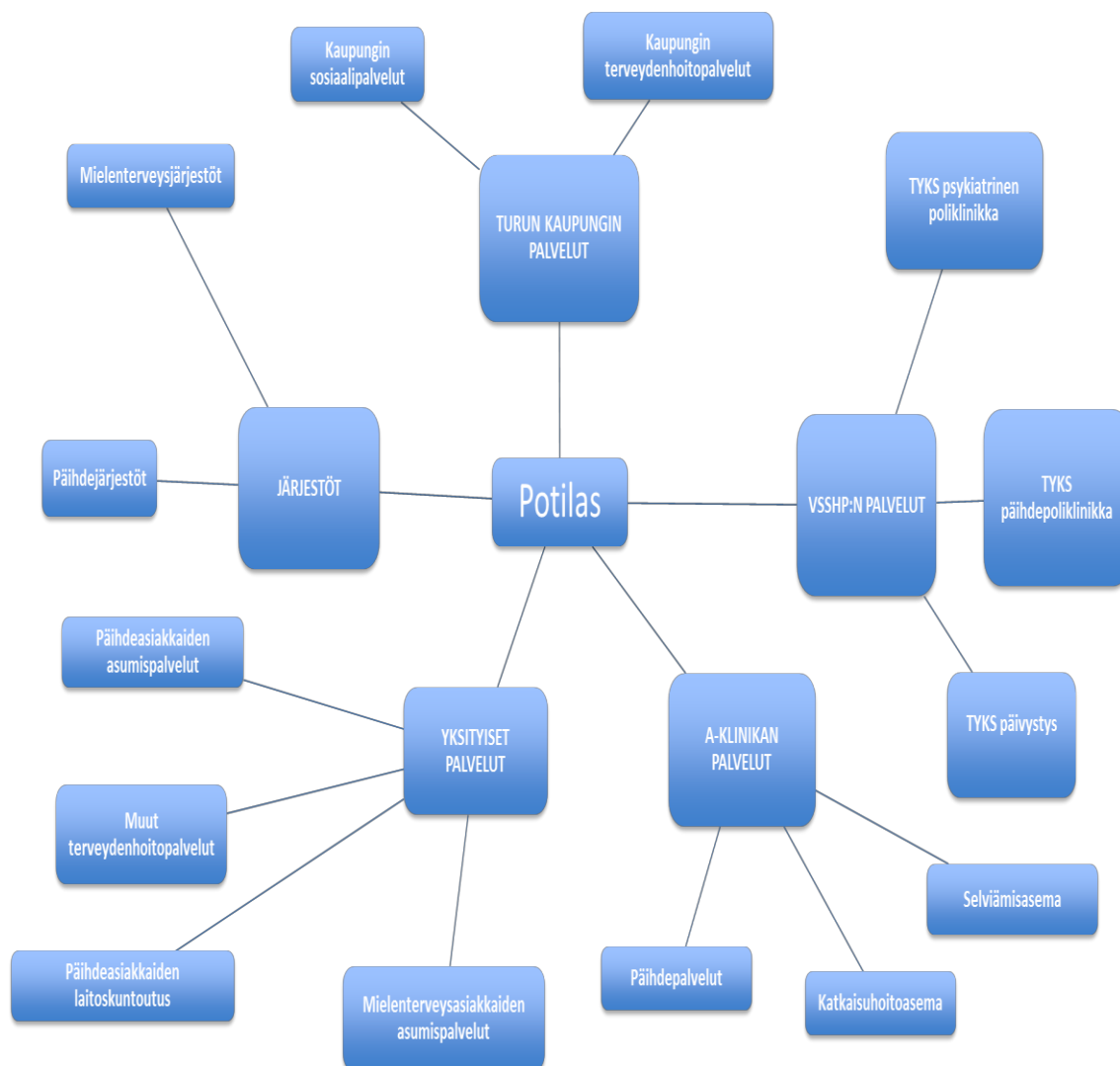
Turun kaupungin mielenterveys- ja päihdepalveluihin kuuluvat sekä kaupungin omat palvelut, että yhteistyötahojen, kuten seurakuntien, järjestöjen ja yksityisten palveluntarjoajien tarjoamat palvelut. Tässä kappaleessa käsitellään vain PPPR-projektin kohderyhmälle relevantteja palveluita, eli esimerkiksi nuorten ja vanhusten mielenterveys- ja päihdepalvelut on jätetty tarkastelun ulkopuolelle.

Mielenterveysongelmien hoitopaikat työikäisille vaihtelevat sen mukaan, onko kyseessä lievä tai keskivaikea, vakava vai välitöntä hoitoa vaativa mielenterveysongelma. Näihin ongelmiin tarjotaan hoitoa kuitenkin myös osittain samoissa hoitopaikoissa. Lievän ja keskivaikean mielenterveysongelman hoitopaikkoja Turussa ovat oma terveysasema, työterveyshuolto, opiskelijaterveydenhuolto psykologiyksikkö ja järjestöjen tukipalvelut. Vakavan mielenterveysongelman hoitopaikkoja ovat oma terveysasema, Turun psykiatrian poliklinikat, akuuttipoliklinikat ja osastot sekä Turun yliopistollisen keskussairaalan (lyh. TYKS) psykiatrian poliklinikat ja osastot. Välitöntä hoitoa vaativat mielenterveysongelmat hoidetaan omalla terveysasemalla, Turun alueen yhteispäivystyksessä sekä psykiatrian osastoilla. (Mielenterveys- ja päihdepalvelut Turussa 2013, 16–17.)

Päihdeongelmien hoitopaikat vaihtelevat riippuvuuden mukaan. Alkoholi-riippuvaisten aikuisten hoitopaikkoja ovat oma terveysasema, työterveyshuolto, sosiaalitoimisto, Turun A-klinikka ja katkaisuhuolto- ja selviämisasema sekä päihdehoitolaitokset. Opiaattiriippuvaisten aikuisten hoitopaikkoja ovat oma terveysasema, TYKS:in addiktiopoliklinikka ja Turun psykiatrian korvaushoitopoliklinikka. Lääke-riippuvaisten, sekakäyttäjien ja muiden huumausaineriippuvaisten aikuisten hoitopaikkoja ovat oma terveysasema, työterveyshuolto, sosiaalitoimisto, Turun A-klinikka ja katkaisuhuolto- ja selviämisasema, päihdehoitolaitokset, Turun psykiatrian Päihdepsykiatrian poliklinikka sekä Turun psykiatrian osasto A3. Ns. vaikean kaksoisdiagnoosin potilaita hoidetaan Turun psykiatrian osastolla A3. Varsinaisen päihdehoidon lisäksi päihderiippuvaisille ja päihdekuntoutujille on tarjolla monia erilaisia tukipalveluita, kuten tukihenkilötoiminta, itseapuryhmiä, vertaisryhmiä, päiväkeskus-toimintaa, ohjausta ja neuvontaa. Jos päihtyneellä tai päihderiippuvaisella potilaalla todetaan vakava, psykiatrasta osastohoitoa vaativa, mielenterveyden häiriö, hoito-

paikkana toimii asianmukainen Turun psykiatrian osasto. (Mielenterveys- ja päihdepalvelut Turussa 2013, 18–19.)

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen tuottamiseen osallistuvat siis Turun kaupunki, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri (lyh. VSSHP), yksityiset palveluntuottajat sekä erilaiset järjestöt. Yksityisistä palveluntuottajista merkittävin päihdepalvelujen tuottaja on A-Klinikkasäätiö, joka on juridisesti yksityinen voittoa tavoittelematon organisaatio. A-Klinikkasäätiö on Suomen suurin päihdealan organisaatio. (A-Klinikkasäätiö.) Seuraavassa kuviossa on esitetty yleiskuva Turun alueen päihde- ja mielenterveyspalveluista jaoteltuna julkisiin, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin, yksityisiin sekä järjestöjen palveluihin. A-Klinikkasäätiö on esitetty omana kokonaisuutenaan sen suhteellisen koon ja merkittävyyden takia.



Kuvio 6 Yleiskuva Turun alueen mielenterveys- ja päihdepalveluista sekä palveluntarjoajista

Potilaiden hoitoon osallistuu siis työntekijöitä julkiselta, yksityiseltä ja kolmannen sektorin puolelta ja toiminta on organisoitu funktionaalisesti eri toimintoja suorittaviin lohkoihin, joissa toimivat eri osa-alueille erikoistuneet työntekijät. Funktionaalinen organisointitapa voi palvelu- ja hoitoketjujen hallinnassa tuottaa tilanteen, jossa toiminta voi olla laadukasta ja kustannustehokastakin, mutta ongelmaksi muodostuu hoidon saatavuus ja palvelu tai hoitoketjun sujuvuus. Funktionaalisen organisaation vahvuus on ammatillisen osaamisen syventäminen ja sen myötä tapahtuva laadun kehittyminen, mutta sen ongelmana on tehottomuus rajapinnoilla. Asioita katsotaan asiantuntijoiden eikä potilaan palvelu tai hoitoketjun näkökulmasta, jolloin kokonaisuutta ei hallita parhaalla mahdollisella tavalla. (Tanttu 2007, 64–65.) Eskelän ym. (2013) tutkimuksen mukaan erikoistuneisiin palveluihin perustuva siilomainen järjestelmä toimiikin hyvin valtaosalle kuntalaisista, koska he tarvitsevat keskimäärin vain yhtä palvelukokonaisuutta. Tämä osa väestöstä arvostaa terveysterveyspalvelujen hyvää saatavuutta ja laatua, joita voidaan edistää esimerkiksi valinnanvapautta lisäämällä. Väestön kallein, eli eniten terveydenhuoltokustannuksia kerryttävä, kymmenesosa käyttää keskimäärin kuitenkin noin neljää eri palvelukokonaisuutta. Palvelukokonaisuus määriteltiin tutkimuksessa palveluiksi, jotka tuotetaan samassa yksikössä tai yksiköissä, joiden välillä katsotaan olevan vähintään kohtuulliset edellytykset tiedonkululle. Runsaasti eri palveluja ja palvelukokonaisuuksia käyttäville potilaille funktionaalisesti organisoitu järjestelmä sopii huonosti, koska siinä heidän tietonsa hajaantuvat niin laajalle, ettei kenelläkään lopulta ole kokonaiskuvaa ja vastuuta potilaasta. Näille potilaille tärkeintä olisi pysyvä hoitosuhde ja hoitavan henkilöstön yhteistyö yli organisaatorajojen. Tutkijoiden mukaan nämä johtopäätökset ovat yleistettävissä, tutkimuksen kohteena olleen Oulun kaupungin lisäksi, kaikkiin Suomen suuriin kaupunkeihin, sillä palvelukäytön kokonaiskustannusten jakauma sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä ja kustannusrakenne ovat yhteneväiset koko maassa. (Eskelä ym. 2013, 3165–3167.)

6.1.2 Uusien palvelumallien toimintaperiaatteet

PPPR-projektissa on kehitetty moniammatilliseen yhteistyöhön perustuvia uusia palvelumalleja eli ns. ”tiimimalleja” perusterveydenhuollon ja sosiaalityön palvelujen toimintaympäristöihin. Tiimimallien lähtökohtana on tasavertaisuus ja arvostava kohtaaminen. Potilas nähdään oman elämänsä asiantuntijana, jolloin potilas myös itse tunnistaa ja määrittelee hoidon tarpeet ja tavoitteet, yhteistyössä ammattilaisten kanssa. Tavoitteellisen työskentelyn pohjana on potilaan oma motivaatio. (Ahola & Tuominen 2014, 3–7.)

Tiimimalleja on pilotoitu Runosmäen ja Mäntymäen terveysasemilla, joissa on noudatettu kahta, hieman toisistaan eroavaa, toimintatapaa. Runosmäen terveysasemalla on

pilotoitu omatiimiksi nimettyä moniammatillista sosiaalityöntekijän, terveydenhoitajan ja lääkärin yhteistyöhön perustuvaa toimintamallia. Mäntymäen terveysasemalla on puolestaan pilotoitu palvatiimiksi nimettyä sosiaalityöntekijän ja psykiatrisen sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan yhteistyöhön perustuvaa palveluohjauksellista työtettä. Toimintatapojen suurimpana erona on, että omatiimi pohjautuu kattavampaan arviointiin ja tavoitteellisempaan toimintaan verrattuna palvatiimin käytännönläheisempään ja ratkaisukeskeisempään toimintatapaan. Palvatiimi on myös suunniteltu omatiimiä rajatummaksi, selvästi määräaikaiseksi tukijaksoksi, joka voidaan perustaa selkeämmin terveydenhoitajan ja/tai sosiaalityöntekijän ohjauksen varaan. Omatiimissä potilaalle tarjottavaa tukea voidaan jatkaa pitkäaikaisestikin, joko terveydenhoitajan tai sosiaalityöntekijän tukikäynneillä tai muilla tuen ja hoidon muodoilla. Molempien tiimimallien tavoitteena on luoda palveluista yhtenäinen palvelukokonaisuus, joka perustuu moniammatilliseen yhteistyöhön. (Ahola & Tuominen 2014, 3–7.)

Potilaiden ohjaus omatiimiin tapahtuu matalan kynnyksen periaatteella, eli potilas voi hakeutua hoitoon omasta aloitteestaan, omaisen ohjaamana, terveydenhuollon ammattilaisen tai sosiaalityöntekijän ohjaaman sekä muun viranomaisen tai ammattilaisen ohjaamana. Tämän lisäksi omatiimin ja palvatiimin toimintaan kuuluvat palveluita paljon käyttävien potilaiden ja riskiasiakkaiden, esimerkiksi päihteiden suurkuluttajien, tunnistaminen ja heidän ohjaaminen tiimimallien tuen piiriin. Omatiimin toimintaprosessi koostuu moniammatillisena yhteistyönä tehtävästä alkukartoituksesta, tiimitapaamisesta, jossa on läsnä lääkäri ja muut hoidon kannalta olennaiset tahot kuten omaiset sekä jatkotyöskentelystä, jota jatketaan joko terveydenhoitajan ja sosiaalityöntekijän yhteistyönä tai yksilötyönä. Omatiimissä alkukartoituksen ja tiimitapaamisen tarkoituksena on varmistaa mahdollisimman hyvä hoitosuunnitelma sekä sopia jatkotyöskentelystä ja seurannasta. Palvatiimissä painotetaan palveluohjauksellista, käytännönläheistä ja kuntouttavaa työtettä, jossa toimintaprosessi alkaa palveluohjausvastaanotolla. Palveluohjausvastaanotossa potilaan palvelutarve arvioidaan yhdessä hänen kanssaan, painottaen potilaan nykyisen elämäntilanteen voimavaroja ja ongelmakohtia. Palveluiden tarpeen arviointi sekä tuki- ja palvelusuunnitelma on tarkoitettu ensisijaisesti potilaan työvälineeksi oman muutoksensa toteuttamiseen. (Ahola & Tuominen 2014, 3–7.)

Tiimimallien pilotointi on tähän asti osoittanut, että etenkin lääkärin työn osuutta voidaan molemmissa malleissa vähentää lisäämällä terveyden- tai sairaanhoitajan ja sosiaalityöntekijän työpanosta prosessin eri vaiheissa. Pääsääntöisesti kohderyhmään kuuluvilla potilailla on lääkärin työpanosta vaativia lääketieteellistä kokonaisarviointia ja diagnostiikkaa edellyttäviä tarpeita. Lääkärin työpanoksen vähentäminen perustuukin pääsääntöisesti hoidon parempaan suunnitteluun sekä potilaan omahoidon, arkipärjäämisen ja yleisen elämänhallinnan tukemiseen moniammatillisen yhteistyön tuloksena. (Ahola & Tuominen 2014, 3–7.)

6.2 Henkilöstönäkökulma

Henkilöstön näkökulmasta PPPR-projektin potilaiden palveluketjun haasteet liittyvät osittain toiminnan funktionaalisesta organisointitavasta seuraavaan tehottomuuteen rajapinnoilla eli ongelmiin eri organisaatioiden henkilöstön välisessä yhteistyössä. Yhteistyön ongelmat eri organisaatioiden ja ammattiryhmien välillä funktionaalisessa organisaatiossa voidaan johtaa Mintzbergin (1979, 69–80) ajatuksesta, jonka mukaan työn ollessa hyvin pitkälle erikoistunutta horisontaalisella tasolla, on työntekijän näkökulma kapea ja omaa työtä on vaikea nähdä suhteessa muiden työhön. Toisaalta Tuomisen (1981, 169–170) mukaan toiminnallinen erikoistuminen lisää koordinoinnin tarvetta. Hänen mukaansa funktionaalisen organisaation koon kasvaessa koordinoitinkustannukset lisääntyvät ja erikoistumisesta aiheutuva rajahyöty pienenee. Toisin sanoen, mitä suurempi määrä erillisiä yksiköitä on mukana palveluiden tuottamisessa, sitä pienempi on erikoistumisesta saatava rajahyöty. Erikoistumisesta aiheutuvana hyötynä voidaan pitää esimerkiksi siitä seuraavia palvelun tuottamisen mittakaavaetuja, jolloin uusi lisätuotos on kustannuksiltaan alhaisempi kuin jo syntyneet keskimääräiset yksikkökustannukset. Tällöin tuottavuus paranee erikoistuneita palveluita tuottavan yksikön koon kasvaessa. Toisaalta tuotantoyksikön keskimääräiset yksikkökustannukset voivat laskea myös tuotettaessa useita samantyyppisiä tuotoksia (ks. kpl. 3.1.1). Monituottajamallissa siis tasapainotellaan toisaalta toiminnan mittakaavaetujen ja toisaalta rinnakkaistuotannosta aiheutuvien hyötyjen välillä. PPPR-projektissa keskitytään lähinnä kaksoisdiagnoosipotilaiden palveluketjuihin, joissa on perinteisesti hoidettu päihdeongelma ja mielenterveysongelma erillisissä yksiköissään. Turun sosiaali- ja terveystoimen potilasvirta-analyysin (2012) mukaan tämä johtaa tilanteeseen, jossa yhden diagnoosin hoito voi olla ohjattua mutta potilaan kaikkien diagnoosien hoitoja ei koordinoita kokonaisuutena, vaikka se olisi hoitotuloksen ja palvelutuotannon tehokkuuden kannalta paras vaihtoehto.

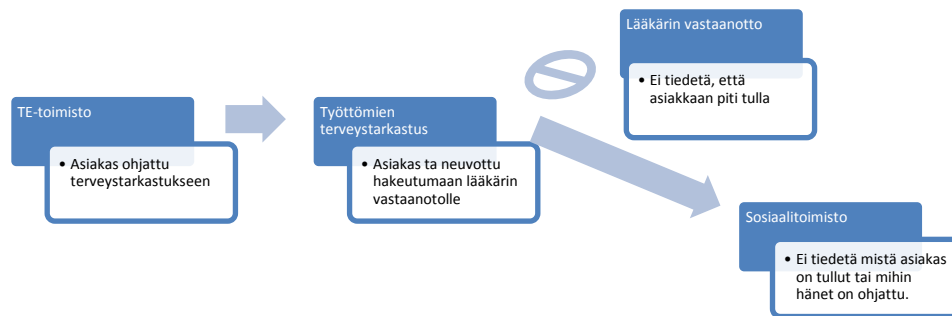
Kasvatavat koordinoitinkustannukset johtuvat osittain siitä, että mitä suurempi määrä eri yksiköitä osallistuu potilaan palveluketjuun, eli mitä suurempi funktionaalinen organisaatio on, sitä suurempi osa näiden yksiköiden työntekijöiden työajasta menee hoidon koordinointiin ja tiedon kommunikointiin muiden yksiköiden kanssa. Monituottajamallissa hoitoon osallistuu lisäksi monia eri ammattiryhmiä ja monin eri periaattein toimivia organisaatioita, jolloin kommunikointi jo itsessään vaikeutuu. Henkilöstön näkökulmasta hoitoon liittyvän tiedon kommunikointia vaikeuttaa myös se, että useat eri tietosuojaa säätelevät lait estävät palvelutietojen tarkoituksenmukaista liikkomista järjestelmässä. Näitä lakeja ovat muun muassa laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista, laki potilaan asemasta ja oikeuksista sekä laki sosiaalihuollon asiakirjoista. Pääsääntö laeissa on, että tietojen luovuttaminen sosiaalihuollon ja terveydenhuollon välillä vaatii potilaan nimenomaisen suostumuksen tietojen luovuttamiseen.

PPPR-projektin ohjausryhmään kuuluvan Turun kaupungin mielenterveys- ja päihdepalvelujen tulosityksiköjohtajan haastattelun perusteella myös lakien vaihtelevat tulkin-
nat eri yksiköissä vaikeuttavat yhteistyötä (Heikkilä, haastattelu 10.10.2015). Ei myös-
kään ole olemassa sellaista yhtä potilastietojärjestelmää, josta kaikki palveluketjuun
osallistuvat työntekijät tai toimintayksiköt voisivat käydä tarkastamassa potilaiden tie-
dot luvan saatuaan. Sen sijaan potilaan tiedot ovat yleensä jakautuneet moniin eri tieto-
järjestelmiin. Tämän järjestelyn ongelmat ovat nähtävissä seuraavassa esimerkki-
tapauksesta, jossa sekä terveys- että sosiaalipalveluissa todettiin samat ongelmat mutta
palveluketju ei edennyt koska sosiaalityöntekijä ei tiennyt, miten terveydenhuollon pal-
velut ovat toteutuneet:

*Pekka on 45-vuotias työtön mies. Hän on ollut työttömänä yhtäjaksoisesti 2,5 vuotta, sitä ennen töissä telakalla koko työuransa. Alkoholin suur-
kulutusta ollut jo työelämässä, nyt työttömänä tilanne on pahentunut. Työ- ja elinkeinotoimisto on ohjannut Pekan työkokeiluun, jonka hän
keskeytti 2 viikon jälkeen. Seurauksena oli viiden kuukauden työssä-
oloehto, jona aikana ei ole oikeutta työttömyysturvaan. Pekan terveyden-
tila on heikentynyt rajusti viimeisen puolen vuoden aikana. Työ- ja elin-
keinotoimistosta hänet on ohjattu työttömien terveystarkastukseen, jossa
on todettu ulkoisen olemuksen epäsiisteys ja terveysongelmina korkea ve-
renpaine, maksa-arvojen kohoaminen, korkea kolesteroli, diabetes-
oireilu, keskivartalolihavuus ja mielialan lasku. Hän sai ohjeistuksen ha-
keutua lääkärin vastaanotolle, muttei ole mennyt. Pekka asuu yksin, ja
on eronnut. Hänellä on kaksi aikuista lasta, jotka asuvat toisessa kau-
pungissa, ja yhteydenpito on vähäistä. Sosiaalinen elämä on aikaisemmin
kytkeytynyt vahvasti työpaikalle. Työttömyyden myötä sosiaalinen piiri
on kaventunut. Kokee, ettei jaksaa ylläpitää vähäisiäkään sosiaalisia suh-
teita. Sosiaalityöntekijän luo Pekka tuli haettuaan ensimmäistä kertaa
toimeentulotukea. ”Pudottuaan” ansiosidonnaiselta päivärahalta työ-
markkinatuella ja siitä edelleen toimeentulotuella on taloudellinen ti-
lanne ollut vaikea. Yksi vuokra on jäänyt maksamatta, ja sitä hän nyt ly-
hentää erissä vuokranantajalle tavallisen kuukausivuokran lisäksi. Sosi-
aalityöntekijän luona käy ilmi Pekan kokemus heikentyneestä terveyden-
tilasta ja runsas alkoholin käyttö. Lisäksi työntekijän huolenaiheena on
Pekan saamattomuus hoitoon hakeutumisessa, ulkoisen olemuksen huo-
mattava epäsiisteys ja Pekan kuvaama yksinäisyys.*

Esimerkkitapauksen kuvaamassa tilanteessa siirtyminen palveluketjussa eteenpäin
terveystarkastuksesta lääkärin vastaanotolle ei onnistunut, koska se jätettiin päihde- ja

mielenterveyspotilaan omalle vastuulle. Seuraavassa kuviossa esitellään kyseisen esimerkkitapauksen tilanne pääpiirteissään.



Kuvio 7 Ensimmäisen esimerkkitapauksen palveluketju

Yllä olevasta kuviosta selviää hyvin, miten funktionaalinen organisaatio luo yksittäiselle työntekijälle vain kapean kuvan kokonaisuudesta. Jos huomioon otetaan koko PPPR-projektin palvelukenttä, on selvää, että sosiaalitoimiston työntekijän asiantuntemuksen tulee olla erittäin laajaa, jotta potilas osattaisiin ohjata oikeisiin jatkotoimenpiteisiin. Palvelukentän laajuuden lisäksi jatkotoimenpiteiden vertailua vaikeuttavat esimerkiksi Parasuraman ym. (1985) tunnistamat palveluiden tunnusomaiset piirteet, kuten abstraktisuus, katoavaisuus ja heterogeenisyys (ks. kpl. 2.2.1). Abstraktisuus voidaan tässä yhteydessä ymmärtää niin, että koska palveluita ei voi nähdä tai kokea samalla tavalla kuin tuotteita, on sosiaalityöntekijän luotettava toimintayksikön maineeseen tai omaan kokemukseensa ehdottaessaan jatkotoimenpiteitä potilaalle. Henkilöstö ei siis välttämättä tarkkaan tiedä minkälaisia palveluita muissa organisaatioissa tuotetaan. Toisaalta potilaan tulisi luottaa sosiaalityöntekijän päätökseen, jotta hän sitoutuisi hoitoon. Palveluiden katoavaisuuden takia sosiaalityöntekijä voi teoriassa valita oikean jatkotoimenpiteen potilaalle, mutta potilas ei pääse jonojen tai kiireellisempien potilaiden takia kyseiseen hoitoon. Tämän tiedon valossa jokin toinen jatkotoimenpide olisi voinut olla käytännössä parempi vaihtoehto. Palvelujen heterogeenisyys tarkoittaa palvelun eri elementtien muodostumista yksilöllisten mieltymysten ja havaintojen pohjalta. Jokainen potilas siis kokee saamansa palvelun hieman erilaisella tavalla.

Terveysthuollossa potilaat myös voivat reagoida saamaansa hoitoon eri tavoin. Henkilöstön näkökulmasta tämä tarkoittaa sitä, että palveluprosesseja on vaikea vakiodia, koska se mikä toimi toisella potilaalla voi olla täysin väärä vaihtoehto toiselle potilaalle. Toisaalta palveluiden heterogeenisyys vaikuttaa myös työntekijöihin, eli saman potilaan kohdalla voidaan tehdä täysin erilaisia päätöksiä jatkotoimenpiteistä, riippuen siitä, minkä työntekijän hän tapaa.

Edellä esitetystä esimerkkitapauksesta voidaan myös nähdä, ettei kenelläkään ollut selvää kokonaisnäkemyä tai -vastuuta tilanteesta. Ongelma johtuu osittain toiminnan funktionaalisesta järjestämisestä, mutta myös siitä, ettei millään toimintayksiköllä tai kenelläkään työntekijällä ole käytännössä kannustimia seurata potilaan tilannetta tai ottaa vastuuta tilanteesta. Niukkojen resurssien takia voi olla, että potilas yritetään neuvota mahdollisimman nopeasti muualle. Olemassa olevaa palvelujärjestelmää ei siis ole rakennettu kaksoisdiagnoosipotilaiden kaltaisten palveluiden suurkuluttajien tarpeita ajatellen vaan enemmänkin palveluja satunnaisesti ja vähän käyttäviä potilaita varten. Vaikka yllä esitetyn esimerkkitapauksen sosiaalityöntekijä havaitsisi potilaan olevan kaksoisdiagnoosipotilas, ei hänellä välttämättä ole kannustimia panostaa kyseiseen potilaaseen enemmän kuin keskimääräiseen asiakkaaseen. Toisin sanoen, sosiaalitoimiston näkökulmasta suurempi panostaminen tarkoittaisi suurempi kustannuksia ja mahdollisesti tuottavuuden, eli esimerkiksi panosten ja asiakaskäyntien suhteen, alenemista. Sama on nähtävissä myös yllä olevan esimerkin työttömien terveystarkastuksesta, josta potilas on neuvottu lääkärin vastaanotolle. Työttömien terveystarkastuksia tekevällä yksiköllä ei kuitenkaan ole kannustimia seurata meneekö potilas lääkärille. Seurantaan kuluvat resurssit käytetään mieluummin terveystarkastuksia tekevän yksikön näkökulmasta tuottavampaan toimintaan, kuten mahdollisimman monien terveystarkastusten tekoon. Palveluketju ei kuitenkaan aina välttämättä etene, jos se jätetään pelkästään potilaan vastuulle. Tilanne on ongelmallinen varsinkin kaksoisdiagnoosipotilaiden kohdalla, jotka eivät välttämättä toimi odotusten mukaisesti. Esimerkitapauksessa arvoketju katkesi työttömien terveystarkastuksen ja lääkärin vastaanoton välillä. Työttömien terveystarkastuksesta syntynyt tuotos, eli esimerkiksi tieto siitä että potilaan tulee mennä lääkärille, ei muuttunut seuraavan palveluketjussa olevan yksikön panokseksi. Kummankaan toimintayksikön näkökulmasta virhettä ei kuitenkaan tapahtunut, koska informaatio tästä ei kulkenut.

Funktionaalisen organisaation luoma kapea näkökulma voi yllä olevan perusteella johtaa tilanteeseen, jossa hoidon laatu on hyvää sekä potilaan että hoitoon osallistuvien toimintayksiköiden näkökulmasta mutta ei yhteiskunnan tai palveluketjun näkökulmasta. Terveysthuollossa laatua voidaan tarkastella esimerkiksi kappaleessa 3.2.1 esitellyn jaottelun mukaan. Laatua voidaan tarkastella siis esimerkiksi asiakas-keskeisesti, suunnittelukeskeisesti, tuotantokeskeisesti ja yhteiskuntakeskeisesti. Alla olevassa taulukossa kuvataan näitä laatunäkemyksiä yllä esitetyn esimerkkitapauksen

tilanteessa. Laatunäkemykset on taulukossa lisäksi jaoteltu yhden toimintayksikön ja koko palveluketjun näkökulmiin, koska tutkijan mielestä tämä jaottelu on aiheellinen palveluketjun ongelmien havainnollistamiseksi.

Taulukko 5 Esimerkkitapauksen laadun arviointi eri näkökulmista

Laatunäkemykset				
	Asiakas- keskeinen	Suunnittelu- keskeinen	Tuotanto- keskeinen	Yhteiskuntakeskeinen
Toimintayksikön näkökulma	Laatu voi olla hyvää	Laatu hyvää	Laatu hyvää	-
Palveluketjun näkökulma	Laatu voi olla hyvää	Laatu huonoa	Laatu huonoa	Laatu huonoa

Esimerkkitapauksen tilanteessa on siis mahdollista, että potilas on tyytyväinen saamaansa terveystarkastukseen, mutta ei näe lisäarvoa lääkärin vastaanotolle menemisessä vaan pitää tärkeämpänä sosiaalityöntekijän tapaamista. Tällöin asiakaskeskeinen laatu voi siis olla hyvää sekä terveystarkastuksen tehneen toimintayksikön että koko palveluketjun näkökulmasta vaikka palveluketju ei ole edennyt suunnitelman mukaisesti. Toisaalta terveystarkastuksen tehneen toimintayksikön näkökulmasta, toiminnan voidaan sanoa olleen suunnittelukeskeisesti laadukasta, koska tarkastuksen perusteella potilas on neuvottu lääkärille. On siis pyritty toimimaan niin, että potilas saisi terveydentilansa perusteella oikeanlaista hoitoa. Palveluketjun kannalta suunnittelukeskeinen laatu on kuitenkin ollut huonoa, koska potilas ei sitoutunut hoitoonsa ja suunnitelman mukainen näyttöön perustuva hoito ei toteutunut. Tuotantokeskeinen laatu, eli toiminnan virheetön toteutus, on myös ollut hyvää terveystarkastuksen tehneen yksikön näkökulmasta. Hoitovirhettä ei tapahtunut, koska potilas ohjattiin lääkärin vastaanotolle ja terveystarkastus itsessään sujui ilman viiveitä tai muuta vaihtelua. Palveluketjun näkökulmasta hoitovirhe kuitenkin tapahtui, koska potilas ei lopulta hakeutunut lääkärin vastaanotolle. Chassinin ja Galvinin (1998) määritelmän mukaisesti kyseessä oli alikäytön virhelaji, eli potilas ei hakeutunut lääkärille vaikka se olisi johtanut hyvään lopputulokseen hänen kannaltaan.

Yhteiskunnallisesta näkökulmasta hoidon laatu on ollut huonoa. Yhteiskunnan yhteinä tavoitteena voidaan pitää potilaan toipumista työkykyiseksi. Hoito on kuitenkin viivästynyt palveluketjun etenemisen jäätyä potilaan vastuulle. Yhteiskunnan näkökulmasta yksi hoidon viivästymisen kustannuksista on henkilölle maksettava työttömyysetuus. Toisaalta yhteiskuntakeskeinen laatunäkemys pyrkii myös arvioimaan ja tunnistamaan vaikuttavuudeltaan tai kustannusvaikuttavuudeltaan heikkoja menetelmiä, toimijoita tai yksiköitä. Yllä esitellyssä toisessa esimerkkitapauksessa työttömien terveystarkastuksen kustannusvaikuttavuus on ollut melko heikkoa, koska tarkastukseen on kulunut resursseja mutta potilaalle ei koitunut juurikaan terveydellisiä vaikutuksia.

Tai tarkemmin, palveluketju ei edennyt niin, että terveystarkastuksessa tuotettu vaikutus, eli tieto siitä että potilaan tulisi mennä lääkärille, olisi realisoitunut terveydellisiksi vaikutuksiksi palveluketjun myöhemmissä vaiheissa. Toisaalta yhteiskuntakeskeinen laatu näkemys ottaa huomioon myös toiminnan vaihtoehtokustannukset. Toimintaa voidaan siis arvioida myös sen mukaan, että olisivatko esimerkiksi potilaan terveystarkastukseen kuluneet resurssit olleet paremmassa käytössä muussa tarkoituksessa. Toisin sanoen, olisiko esimerkkitapauksen potilaan ollut alun perinkään tarkoituksenmukaista käydä työttömien terveystarkastuksessa vai olisivatko yhteiskunnan resurssit olleet tehokkaammassa käytössä, jos potilas olisi neuvottu muualle.

Edellä esitellyn laadun arvioinnin tarkoituksena on havainnollistaa, miten monia näkökulmia henkilöstön olisi otettava huomioon palveluja tuottaessaan. Ongelmallisia tilanteita ovat muun muassa ne, joissa näyttöön perustuva hoito eli suunnittelukeskeinen laatu ei lisää potilaan tyytyväisyyttä eli asiakaskeskeistä laatua ja potilas ei sitoudu hoitoon. Toisaalta voidaan kysyä, miten henkilöstö voisi varmistaa toiminnan virheettömän toteutuksen eli tuotantokeskeisen laadun, mikäli heillä ei ole vastuuta, resursseja tai kannusteita seurata ja koordinoita potilaan palveluketjua. Henkilöstön näkökulmasta toiminnan virheiden välttäminen keskittyy siis lähinnä oman toimintayksikön rajojen sisäpuolelle.

Myös terveydenhuollolle ominainen epäsymmetrinen informaatio vaikeuttaa tilannetta. Tässä tutkimuksessa aikaisemmin esitetyn teoreettisen taustan perusteella, se voi luoda henkilöstölle kahdenlaisia ongelmia. Ensimmäiseksi, Lillrankin ym. (2010, 599) mukaan potilaat eivät välttämättä tarvitse mitä he haluavat tai eivät halua mitä he tarvitsevat. Tällöin henkilöstön on siis käytännössä valittava hoidetaanko potilaan haluja vai tarpeita. Olisi yksinkertaista olettaa, että ainakaan julkisessa terveydenhuollossa tarkeyttä ei olisi potilaan tyytyväisyys saamaansa palveluun vaan se, että hoidolla on ollut terveydellisiä vaikutuksia. Kaksoisdiagnoosipotilaiden kohdalla tärkeää on kuitenkin myös se, että he sitoutuvat hoitoon, jolloin on syytä pohtia myös potilaiden tyytyväisyyttä tai motivaatiota. Monituottajamallissa palveluiden tuottamiseen osallistuvat myös yksityiset palveluntarjoajat, jolloin potilaan halujen ja tarpeiden tyydyttäminen voi kärjistyä liiketoiminnan realiteettien takia. Voidaan siis kysyä, mitä kannusteita yksityisillä palveluntarjoajilla on käännettävä potilas muualle, jos he eivät voi tyydyttää asiakkaan tarpeita mutta voivat tyydyttää asiakkaan halut. Toiseksi, Hillmanin (2003, 618) mukaan informaatio ei aina ole epäsymmetristä niin, että palveluntarjoaja tietää, mikä potilaalle olisi parhaaksi ja potilas ei tiedä. Sen sijaan palveluntarjoajakaan ei välttämättä aina tiedä syytä potilaan terveysongelmille. Osasyynä tähän on se, että Lillrankin ym. (2010, 599) mukaan terveydenhuollon potilaat voivat olla vastahakoisia, pelästyneitä ja hämmentyneitä, ja heillä voi olla vaikeuksia tuoda esiin tarpeitaan. Kaksoisdiagnoosipotilaiden kohdalla ongelma voi olla myös se, että potilaat eivät itse edes tiedosta ongelmiaan, jolloin diagnoosin tekeminen ja ongelmien tunnistaminen jää ko-

konaan henkilöstön vastuulle. Tässä tilanteessa henkilöstö voi siis tiedostamattakin tehdä väärän diagnoosiin ja aiheuttaa ongelmia palveluketjussa.

Terveydenhoito ja sosiaalihuolto ovat erittäin työvoimavaltaisia aloja, joten henkilöstön osaaminen ja työkyky määrittelevät pitkälti panosten laatua ja panosten laatu heijastuu voimakkaasti tuotetun palvelun laatuun ja potilaan kokemaan laatuun. Panosten laadusta riippuu myös kyky käyttää olemassa olevaa teknologiaa eli kuinka teknisesti tehokkaasti palvelu tuotetaan. (Kangasharju 2008, 9.) Tämän tutkimuksen näkökulmasta kaksoisdiagnoosipotilaiden palveluketjujen teknistä tehokkuutta voidaan arvioida esimerkiksi sen mukaan, kuinka hyvin potilaan koko palveluketju on organisoitu ja johdettu. Toisin sanoen, kuinka hyvin on yhdistetty eri palveluita, jotta tietyt tuotokset voidaan tehdä vähemmällä panoksilla tai, että nykyisillä panoksilla voidaan tehdä enemmän ja uudenlaisia tuotoksia. Toiminnan teknistä tehokkuutta käsitellään tarkemmin kappaleessa 6.3.

6.3 Prosessinäkökulma

Prosessinäkökulmasta palveluketjun sujuvuutta ja jatkuvuutta yli organisaatorajojen vaikeuttaa esimerkiksi se, että sosiaali- ja terveydenhuollon prosessien johtamisessa suurin osa tapahtuu palvelutuotantoyksiköiden sisäisenä johtamisena. (Junnila ym. 2012, 82.) Kun johtaminen kaksoisdiagnoosipotilaiden kaltaisten palveluiden suorkuluttajien palveluketjussa keskittyy suurelta osin yhden palvelutuotantoyksikön sisäiseen johtamiseen, voi seurauksena olla palveluketjun osioptimointia. Tilannetta voidaan havainnollistaa palveluprosesseissa esiintyvien arvoa lisäämättömien vaiheiden, eli hukkien (ks. esim. Ohno 1978; Kollberg 2007) kautta. Yksittäisestä palvelutuotantoyksikön sisäisestä prosessista voidaan tunnistaa ja poistaa arvoa lisäämättömät työvaiheet yksikön sisäisen johtamisen kautta. Koko palveluketjun näkökulmasta kyseinen palveluprosessi voi kuitenkin olla kokonaisuudessaan arvoa lisäämätön vaihe. On myös syytä muistaa, että hukka-termin käyttö terveydenhuollossa on vaikeaa, koska asiakasarvon määrittelemine on epäselvää. Epäsymmetrisen informaation takia potilailla ei monissa tapauksissa ole edes mahdollista tietää, mikä tuo hänen tilanteeseensa arvoa. (Lillrank.) Toisaalta, kuten esimerkiksi edellisessä kappaleessa todettiin, potilaan itsensä määrittämä arvo voi olla kaukana siitä mikä luo arvoa julkisen sektorin näkökulmasta. Potilas voi siis käydä terveydentilansa puolesta epätarkoituksenmukaisissa palveluissa, mutta hänen kokemansa asiakasarvo voi olla hyvä. Julkisen sektorin näkökulmasta tällainen palveluiden käyttö on kuitenkin hukkaa, sillä parempi terveydellinen vaikutus olisi voitu saada aikaan toisenlaisessa palvelussa. Seuraavassa esimerkkitapauksessa kuvataan osittain juuri tällaista tilannetta:

Jonna on 28-vuotias nainen. Diagnooseina on keskivaikea masennus ja yleistynyt ahdistuneisuushäiriö sekä tyypin 1 diabetes, joka on pysynyt kohtalaisessa hoitotasapainossa. Lisäksi Jonna on buprenorfiini-riippuvainen (opiaattilääkevalmiste), käyttää ainetta suonensisäisesti, ja käyttää myös amfetamiinia satunnaisesti. Anamneesissa on yksi hoitjakso nuorisopsykiatrian osastolla Jonnan ollessa 16-vuotias. Tuolloin häntä hoidettiin itsetuhoisen käytöksen ja koulunkäyntiin liittyvien vaikeuksien vuoksi. Sitten hoitokontakti on ollut terveyskeskuslääkärin lähetteellä myös aikuispsykiatrian psykiatrian poliklinikalla, jossa on epäilty kaksisuuntaista mielialahäiriötä. Hoito on kuitenkin päättynyt, koska Jonna ei ole kokenut saaneensa mitään apua ongelmiinsa. Itse Jonna uskoo sairastavansa ADHD:ta (aktiivisuus- ja tarkkaavaisuushäiriö) ja on pettynyt siihen, ettei tätä ole psykiatrialla riittävästi tutkittu. Viimeisin hoitokontakti on ollut terveyskeskuksen lähetteellä päihdepsykiatrian poliklinikalla noin vuosi sitten. Opiaattiriippuvuuden korvaushoidosta on ollut puhetta, mutta Jonna itse ei ole tähän ollut motivoitunut. Aloitettu buprenorfiiniavusteinen vieroitus avohoidossa, mutta jakso on keskeytynyt, kun poikaystävän kanssa oli tullut riitaa ja suhde oli päättynyt eroon. Käyttö on tämän jälkeen jatkunut ja kontakti päihdepsykiatriseen poliklinikkaan on katkennut.

Jonna on asioinut terveysasemalla toistuvasti hakien apua psyykkisiin oireisiinsa. Lääkityskokeiluja tähän liittyen on ollut useita, mutta ei ole näistä kokenut hyötyvänsä. Toistuvasti toivonut ADHD-tutkimuksia; tähän liittyen on tullut esiin, että Jonna on jonkin aikaa käyttänyt Concerta-lääkettä yksityislääkärin määräämänä.

Jonna on opiskellut maatalousoppilaitoksessa puutarhanhoidon opinnoissa. Kokee pärjänneensä suhteellisen hyvin huolimatta päihteiden käytöstä ja keskittymisvaikeuksista. Opinnot kuitenkin olivat keskeytyneet puoli vuotta sitten, kun Jonna ei pystynyt sitoutumaan opintoihin liittyvään työharjoitteluun. Ei pystynyt heräämään aamuisin ja työtehtävissä pärjääminen oli haasteellista muisti- ja keskittymisvaikeuksien takia. On saanut viestiä koulun opinto-ohjaajalta, että on mahdollisuus palata opintoihin yksilöllisesti laaditun opiskelusuunnitelman mukaisesti. Jonnan oma tavoite on päästä työelämään.

Esimerkkitapauksessa hukkana voidaan mahdollisesti pitää esimerkiksi potilaan käyntiä yksityislääkärillä ja sen seurauksena hänelle määrättyä ADHD-lääkettä. Yhteiskunnalle ei käytännössä synny yksityislääkärin käytöstä ja hänen määräämistään lääkkeitä muita kuluja kuin Kela-korvausten osuudet. Yllä olevassa esimerkkitapauksessa

on kuitenkin ollut tilanne, jossa potilaalle on samanaikaisesti määrätty muita lääkkeitä terveysaseman toimesta ja ADHD-lääkkeen käyttö ei ole ollut heti terveysaseman henkilöstön tiedossa. Lääkkeen määräämistä voidaan pitää hukkana sillä edellytyksellä, että yksityislääkärin katsotaan toimineen puutteellisin tiedoin potilaan kokonaistilanteesta, ja että lääke ei kokonaistilanteen huomioon ottaen ollut oikea ratkaisu potilaan ongelmiin. Tällainen tilanne voi syntyä palveluketjuissa, joissa yhdistyvät julkisen ja yksityisen sektorin erilaiset toiminnan kannusteet. Seuraavassa taulukossa kuvataan yllä esitetyn esimerkkitapauksen mahdollisia hukkia Kollbergin (2007) jaottelun mukaisesti (ks. kpl. 2.2.1).

Taulukko 6 Toisen esimerkkitapauksen palveluketjun hukkien tunnistaminen

Hukka	Esimerkki
1. Virheet	ADHD-lääkkeen määrääminen puutteellisin tiedoin.
2. Saman asian toistaminen	Potilas on hakenut toistuvasti terveysasemalta apua psyykkisiin oireisiinsa mutta ei ole kokenut hyötyvänsä palveluista.
3. Vääränlainen varasto	Potilaan tiedot olivat hajautuneet moniin eri tietojärjestelmiin
4. Asiakasnäkökulman puute	Potilaalla ja henkilöstöllä oli toistuvasti eri käsitys siitä, mitkä olivat ongelmat ja milaista apua tai hoitoa tarvittiin.
5. Ylituotanto	Yksityislääkärin tuottama palvelu
6. Epäselvä kommunikaatio	Yksikköjen välinen koordinointi tapahtui vain kirjallisten läheteiden välityksellä tai ei lainkaan.
7. Ylimääräinen liike ja kuljetus	Hoitoa oli pyritty antamaan monessa yksikössä.
8. Alihyödynnetty työvoima	Kenelläkään ei ollut selvää kokonaisnäkemyistä tai -vastuuta tilanteesta
9. Vaihtelu	Menettelytapoja ei ole standardoitu. Toisaalta myös potilaan oma toiminta ja elämäntapahtumat aiheuttivat vaihtelua palveluketjuun.
10. Odotus ja viive	Potilaan toivomuksista huolimatta hänelle ei ole tehty ADHD-tutkimuksia. Odotuksen takia hän on hakeutunut yksityislääkärin vastaanotolle.

Kuten yllä olevasta taulukosta nähdään, palveluketjusta tunnistetut hukat mukailevat melko pitkälti kappaleessa 5.2 esiteltäjä palveluketjun ongelmia henkilöstön näkökulmasta. Kun näkökulmaa laajennetaan henkilöstönäkökulmasta prosessinäkökulmaan, voidaan ongelmien syiksi kuitenkin tunnistaa erilaisia tekijöitä. Esimerkiksi potilaan oman toiminnan ja elämäntapahtumien aiheuttamat vaihtelut palveluketjuun luovat

oman ongelmansa siihen, että palveluketjua voitaisiin ylipäättään analysoida teollisuuden käyttöön luotujen työkalujen, kuten hukkien havaitsemisen avulla. Teollisuudessa prosessi voidaan suunnitella niin, että tuote liikkuu tasaisesti liukuhihnalla, paikasta A paikkaan B. Mikäli tämä prosessi ajateltaisiin terveydenhuollon viitekehyksessä, voisi tuote hypätä pois liukuhihnalta, palata takaisin liukuhihnalla tai muuttaa liukuhinnan määränpäättä. Ongelma on käytännössä siinä, että vaikka prosessi suunniteltaisiin ja koordinoitaisiin kuinka hyvin, voi potilas koska tahansa päättää keskeyttää sen tai muuttaa sitä. Potilaan käyttäytymisen aiheuttamaa vaihtelua voidaan siis ajatella hukkana vain siinä tapauksessa, että siihen on realistisia mahdollisuuksia vaikuttaa. PPPR-projektin ohjausryhmän jäsenen ja Turun kaupungin mielenterveys- ja päihdepalvelujen tulossyksiköjohtajan mukaan potilaan hoitoon sitoutumiseen voidaan kuitenkin vaikuttaa merkittävästi ja henkilöstön taitoa sekä asiantuntemusta tarvitaan juuri siinä, että työntekijä saa potilaan sitoutumaan hoitoprosessiin ja koko palveluketjuun (Heikkilä, haastattelu 10.10.2015). Ongelma on erityisen suuri kaksoisdiagnoosipotilaiden kohdalla, joiden parantuminen on enemmänkin elämäntavan muutoksen, kuin esimerkiksi lääkärien tekemän intervention tulosta. Yksinkertaistaen voidaan ajatella niin, että mitä enemmän hoidon onnistuminen on kiinni potilaan omasta toiminnasta, sitä enemmän vaihtelua prosessissa syntyy. Vaihtelulla tarkoitetaan tässä esimerkiksi sitä, miten paljon samankaltaisissa tilanteissa olevien potilaiden palveluketjut eroavat toisistaan. Toisaalta kappaleessa 6.2 esiteltujen henkilöstönäkökulman ongelmien perusteella voidaan ajatella, että vaihtelu palveluketjussa lisääntyy myös silloin, kun hoitoon osallistuvien toimintayksiköiden tai työntekijöiden määrä kasvaa. Mitä enemmän eri toimintayksiköitä osallistuu potilaan palveluketjuun, sitä suurempi todennäköisyys on sille, että näiden toimintayksiköiden kannusteet ja laatu näkemykset sekä eri ammattiryhmien näkökulmat ovat ristiriidassa keskenään. Kaksoisdiagnoosipotilaiden palveluketjuissa vaihtelu on siis erityisen suurta potilaiden oman toiminnan ja palveluun osallistuvien toimintayksiköiden yhteisvaikutuksesta.

Prosessinäkökulmasta esimerkkitapauksen ongelmat johtuvat osittain siitä, että palveluketjussa on löydettävissä monin eri periaattein toimivia palveluita. Lillrankin ym. (2010) tutkimuksessa terveydenhuollon palvelutuotanto jaoteltiin seitsemään eri DSO-moodin eli palveluiden järjestämistapaan (ks. kpl. 2.2.2). Jos palveluketjussa on löydettävissä eri DSO-moodein toimivia palveluja, on heidän mukaansa tuloksena ristiriitaisia prioriteetteja, tavoitteita sekä suorituskyvyn mittareita ja käsityksiä. Palveluketju-termin käyttäminen yllä esitellyn esimerkkitapauksen kohdalla on kuitenkin hie- man harhaanjohtavaa, koska todellisuudessa esimerkkitapauksen tilanne kuvaa monia eri palveluketjuja, yksittäisiä prosesseja ja palvelutapahtumia. Ongelma ei siis niinkään ole ollut yksittäinen palveluketju vaan enemmänkin potilaan koko matka terveydenhuollon palvelujärjestelmässä. Analyysiyksikkönä tulisi siis käyttää potilaan episodina eikä esimerkiksi yhtä palveluketjua (ks. kpl. 3.1.2)

Tämän ajattelun pohjalta esimerkkitapauksen potilaan episodin ongelmat alkoivat jo melko varhaisessa vaiheessa, kun häntä hoidettiin nuorisopsykiatrian osastolla itsetuhoisen käytöksen ja koulunkäyntiin liittyvien vaikeuksien takia. Nuorisopsykiatrian hoitojakso on toteutettu käytännössä parantavan hoidon toimintamallilla, jossa Lillrankin ym. (2010) mukaan aikaperspektiivi on kehkeytyvä, toistuva ja päättyvä, kysyntä muodostuu monimutkaisista ongelmista mutta paraneminen on silti mahdollista ja hoitoprosessi suunnitellaan muutama vaihe kerrallaan (ks. taulukko 2). Jälkikäteen arvioiden potilasta olisi kuitenkin pitänyt samanaikaisesti hoitaa myös ennaltaehkäisyn toimintamallilla, jossa kysyntää määrittelee kohonnut riski ja aikaperspektiivissä katsotaan tulevaisuuteen, eli kysytään mitä tapahtuisi jos mikään ei muutu. Ennaltaehkäisyn toimintamalli olisi tarjonnut potilaalle neuvontaa, ohjausta ja tukiverkostoja, jotta hänen riskinsä myöhempään sairastumiseen olisi pienentynyt.

Esimerkkitapauksessa riski on realisoitunut ja hänet on myöhemmin lähetetty terveyskeskuslääkärin läheteellä aikuispsykiatrian poliklinikalle, jossa on epäilty kaksisuuntaista mielialahäiriötä. Tässä tilanteessa on nähtävissä itse asiassa kaksi eri toimintamallia. Terveyskeskuslääkäri on toiminut yhden käynnin toimintamallilla, eli tarjonnut potilaalle yhden ongelman ratkaisua lähettämällä hänet aikuispsykiatrian poliklinikalle. Aikuispsykiatrian poliklinikalla hoito on toteutettu parantavan hoidon toimintamallilla. Terveyskeskuslääkäri on siis arvioinut potilaan tilanteen käynnin aikana saamiensa tietojen perusteella ja ohjannut potilaan näiden tietojen perusteella aikuispsykiatrian poliklinikalle. Aikuispsykiatrian poliklinikalla on tämän perusteella alettu hoitamaan potilaan mielenterveyshäiriötä ja epäily kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä on herännyt. Hoito on kuitenkin katkennut, koska potilas ei kokenut saaneensa mitään apua ongelmiinsa. Kyseistä ajankohtaa voidaan pitää potilaan kannalta merkittävänä jatkoa ajatellen, sillä potilaan päihdeongelmaa ei havaittu tai sen pohjalta ei toimittu kummasakaan toimintayksikössä. Syitä tälle voivat olla esimerkiksi kappaleessa 5.2 tunnistetut palveluketjun ongelmat henkilöstön näkökulmasta.

Samat toimintamallit ovat havaittavissa myös seuraavassa hoitojaksossa, jossa potilas on ohjattu terveyskeskuksen läheteellä päihdepsykiatrian poliklinikalle. Tässäkään tilanteessa ei tehty kaksoisdiagnoosia, jolloin hoito keskittyi lähinnä päihteiden käytön ongelmiin. Hoitojakso päättyi lopulta potilaan omasta toimesta. Potilasta hoidettiin siis ensin mielenterveyshäiriöiden takia aikuispsykiatrian poliklinikalla ja hoitojakson katkettua hänet ohjattiin seuraavaksi päihdeongelman takia päihdepsykiatrian poliklinikalle. Toimintamallit johtivat osaltaan siihen, että informaatio ei kulkenut yksiköiden ja henkilöstön välillä. Yhden käynnin -toimintamallissa informaatiota ei käytännössä jaeta muualle, eikä potilaan hoitohistorialle anneta niin suurta merkitystä, kuin muissa toimintamalleissa. Parantamisen toimintamallissa informaation jakaminen keskittyy prosessin toistamisesta syntyvään oppimiseen ja tämän tiedon eteenpäin jakamiseen. Informaatio siis kulkee, mutta käytännössä vain hoitoa suorittavan yksikön sisällä.

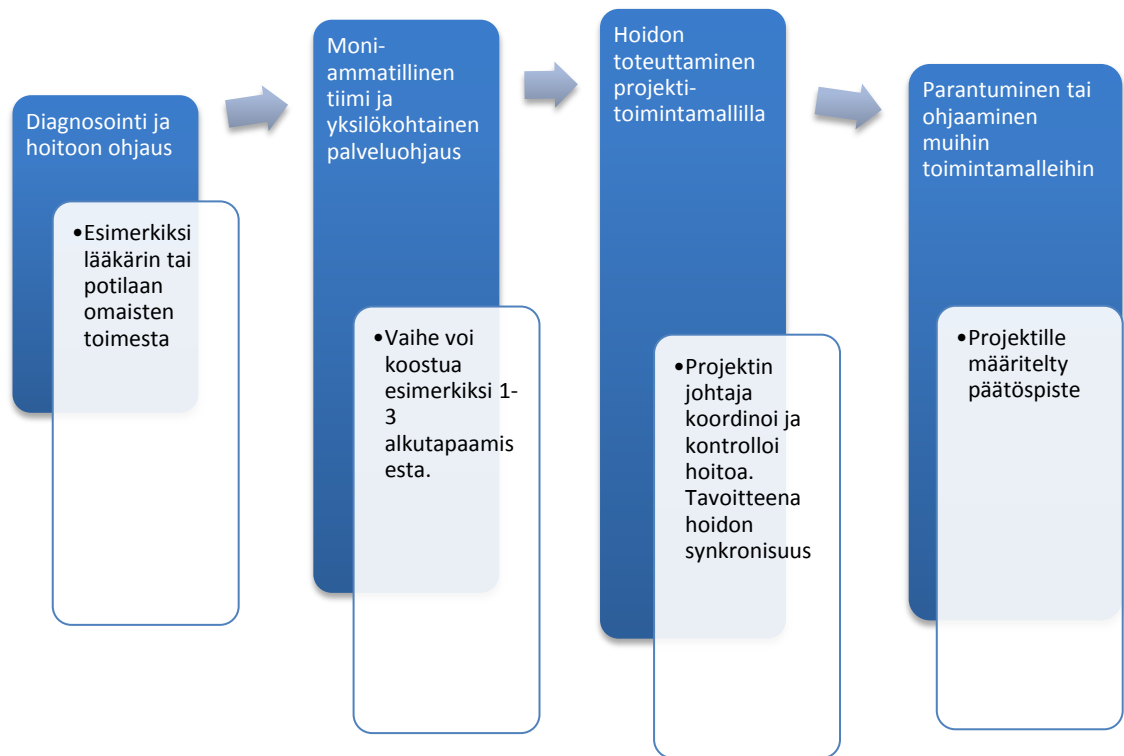
Hoitoa suorittavat yksiköt eivät siis tienneet potilaan koko hoitohistoriaa tai kokonaistilannetta ja toisaalta, toimintamallien johdosta, tämä oli suunnitelmien mukaista toimintaa.

Kaksoisdiagnoosia ei siis tehty, mikä johti osaltaan siihen, että potilasta hoidettiin väärällä toimintamallilla. Lillrankin ym. (2010) määritelmien mukaisesti kaksoisdiagnoosin hoidon voidaan ajatella vaativan projektin toimintamallia koska siinä kysyntä muodostuu monimutkaisista, paljon resursseja vaativista ja monia erikoisaloja koskettavista tapauksista. Ominaista projektimoodille on myös se, että potilaille ei voida määritellä ennalta palveluketjuja tai prosesseja. Näiden määritelmien perusteella esimerkkitapauksen potilasta olisi viimeistään tässä vaiheessa pitänyt alkaa hoitamaan projektina. Käytännössä tämä olisi tarkoittanut sitä, että tietoa olisi kerätty monilta toimijoilta, monista eri näkökulmista ja hoidon koordinoinnin tavoitteena olisi ollut kaikkien resurssien ja prosessien synkronisuus eikä niinkään yhden hoitojakson koordinointi. Potilaan hoitaminen projektina olisi myös saattanut lisätä hänen sitoutumistaan hoitoon esimerkiksi ongelmien kokonaisvaltaisen tunnistamisen kautta. Tällöin aikuispsykiatrian hoitojaksokaan ei välttämättä olisi katkennut potilaan omasta toimesta.

Prosessinäkökulmasta oikean diagnoosin viivästymistä voidaan pitää kaksoisdiagnoosipotilaiden palveluketjun rajoitteena eli tekijänä, joka Goldrattin ja Coxin (1992) määritelmän mukaisesti vähentää palvelujärjestelmän suorituskykyä ja tuotoksia, kuten esimerkiksi palveluketjun kustannustehokkuutta ja kustannusvaikuttavuutta. Tätä rajoitetta voidaan itse asiassa pitää myös Goldrattin ja Coxin (1992) määrittämänä palveluketjun pullonkaulana eli prosessina, jonka kapasiteetti on pienin verrattuna palveluketjun muiden prosessien kapasiteetteihin. Potilaiden palveluketju ei siis etene oikealla tavalla, jos kaksoisdiagnoosin tekeminen viivästyy. Tästä seuraa, että palvelujärjestelmä ei kykene hoitamaan näitä potilaita täydellä kapasiteetilla. Toisin sanoen, palvelujärjestelmä pystyisi hoitamaan potilaita paljon tehokkaammin ja vaikuttavammin, jos kaksoisdiagnoosi tehtäisiin mahdollisimman ajoissa. Tästä ajattelutavasta seuraa myös, että palveluketjun kehittäminen kannattaa aloittaa diagnosoinnin ongelmien ratkaisusta, koska pullonkaulaan liittyvillä toimilla on Goldrattin ja Coxin (1992) mukaan suurin potentiaali parantaa koko palveluketjun suorituskykyä.

Pullonkaulateoriaan kuuluu Goldrattin ja Coxin (1992) mukaan myös ajatus siitä, että kaikissa prosesseissa on jokin pullonkaula. Mikäli diagnosointia kehitetään, voi pullonkaula siirtyä palveluketjun toiseen vaiheeseen. On kuitenkin muistettava, että kaksoisdiagnoosipotilaiden palveluketjua pitäisi lähestyä projektina, jolloin palveluketjua ei voi määritellä etukäteen. Palveluketju voi myös olla täysin erilainen eri potilaiden kohdalla. Diagnoosivaihe ei siis välttämättä ole palveluketjun pullonkaula kaikkien potilaiden kohdalla. Lisäksi kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa on suurelta osin kyse potilaiden elämäntavan muutoksesta, jolloin palveluketjun pullonkaulojen havainnointi itse hoitovaiheessa on ongelmallista. Pullonkaulateoria on kehitetty teollisuuden prosesseja ha-

vainnoimalla ja, kuten tässä kappaleessa on aikaisemmin todettu, kaksoisdiagnoosipotilaiden palveluketjua ei voida suoraan verrata niihin esimerkiksi potilaan oman käyttäytymisen aiheuttaman vaihtelun johdosta. Optimitilanteessa kaksoisdiagnoosipotilaiden palveluketju voidaan kuvata esimerkiksi seuraavan kuvion esittämässä järjestyksessä.



Kuvio 8 Kaksoisdiagnoosipotilaiden palveluketju optimitilanteessa

Kaksoisdiagnoosipotilaiden palveluketjun pullonkaulana voi myös olla pääsy oikeanlaisen hoidon piiriin. Käytännössä oikeanlainen hoito tässä tilanteessa tarkoittaa sitä, että potilaita hoidettaisiin projekti-toimintamallilla. Projekti-toimintamalliin kuuluu ajatus siitä, että projektille tulisi määritellä yksittäinen johtaja ja huomioon pitäisi ottaa monia eri näkökulmia monilta eri toimijoilta. Tässä suhteessa projekti-toimintamallissa voidaan siis hyödyntää esimerkiksi kappaleessa 2.2.3 esiteltyjä terveydenhuollon henkilöstön toimintatapoja, kuten yksilökohtaista palvelunohjausta moniammatillisena tiimityönä. Tämänlaiseen hoitoon pääsy voi kuitenkin olla vaikeaa esimerkiksi kappaleessa 5.2 tunnistettujen hoidon koordinoinnin ongelmien, kuten henkilöstön kannusteiden ja kokonaisvastuun puutteen, takia. Käytännössä potilaan tulisi siis itse hakeutua oikeanlaisen hoidon piiriin tai hänet pitäisi ohjata siihen esimerkiksi terveyden- ja sosiaalihuollon henkilöstön tai potilaan omaisten toimesta.

Moniammatillinen tiimityö voi edetä sujuvasti niin kauan, kuin sen kapasiteetti, kuten esimerkiksi hoitoon otettujen potilaiden määrä kuukaudessa, on suurempi kuin

diagnoosivaiheen kapasiteetti, eli esimerkiksi hoitoon ohjattujen ja sinne itse hakeutuvien potilaiden määrä kuukaudessa. Mikäli moniammatillinen tiimi voi ottaa hoitoon 30 potilasta kuukaudessa ja siihen ohjataan 10 potilasta kuukaudessa, on palveluketjun pullonkaulana tällöin diagnosointivaihe. Mikäli diagnosointia tehostetaan ja sen kapasiteetti nousee esimerkiksi 40 potilaan kaksoisdiagnoosiin ja hoitoon ohjaukseen kuukaudessa, siirtyy palveluketjun pullonkaula moniammatillisen tiimityön vaiheeseen. Tällöin tiimityötä pitäisi joko tehostaa tai sen resursseja lisätä, jotta sen kapasiteetti kasvaisi ja palveluketjun absoluuttinen suorituskyky nousisi. Mikäli tiimityön kapasiteettia saadaan nostettua esimerkiksi niin, että hoitoon voidaan ottaa 60 potilasta kuukaudessa, voi palveluketjun pullonkaula siirtyä takaisin diagnosointivaiheeseen tai palveluketjussa eteenpäin hoitovaiheeseen.

Prosessinäkökulmasta ongelmaksi voi muodostua se, että moniammatillisen tiimityön ja projekti-toimintamallin kapasiteettia ei voida kasvattaa äärettömästi resurssien niukkuuden takia. Potilaiden hoidolla pitää siis myös olla määritelty päätöspiste, jonka jälkeen potilas on joko täysin parantunut tai hänen hoitoaan voidaan jatkaa muilla toimintamalleilla. Ilman tällaista päätöspistettä uusia potilaita ei voida ottaa sujuvasti projekti-toimintamallin ja moniammatillisen tiimityön hoidon piiriin. Mikäli potilaita ei saada siirrettyä sujuvasti pois projekti-toimintamallista, voidaan joutua priorisoimaan hoitoon pääseviä potilaita. Tällöin ongelmaksi voi muodostua esimerkiksi valinta kaikkein vaikeimpien potilastapausten ja hoidosta mahdollisesti eniten hyötyvien potilaiden välillä. Toisaalta, mitä lähempänä teoreettista maksimikapasiteettiaan moniammatillinen tiimi toimii, sitä vähemmän sillä on käytettävissä olevia resursseja potilasta kohden. Tästä voi seurata esimerkiksi asiakaskeskeisen, tuotantokeskeisen tai suunnittelukeskeisen laadun ongelmia ja sitä kautta ongelmia hoidon vaikuttavuudessa. Tiimimallin kapasiteetissa tulisi siis ottaa huomioon myös laatukriteerit ja määritellä mikä on hyväksyttävä hoidon taso potilasta kohden, jotta kustannusvaikuttavuus olisi mahdollisimman suurta. Tämän voidaan ajatella vaikuttavan positiivisesti myös siihen, miten aikaisin potilaat voidaan siirtää pois tiimin hoidon piiristä.

Pullonkaulateorian mukaisesti palveluketjun tai prosessin suunnittelussa ja kehittämisessä ei ole tarkoitus maksimoida jokaisen työvaiheen tai prosessin kapasiteettia, vaan pyrkiä koko palveluketjun tasapainoiseen virtaukseen. Voidaan siis päätellä, että vähemmän hoitoon otettuja potilaita kuukaudessa voi tarkoittaa lopulta enemmän hoidettuja potilaita vuodessa. Ongelmallista potilaiden palveluketjun resurssien suunnittelussa on se, että tarkastelujaksoksi ei riitä pelkästään potilaan mukanaoloaika moniammatillisen tiimityön tai projektin piirissä, vaan heidän hoidostaan yhteiskunnalle koituvia kustannuksia ja mahdollisia säästöjä tulisi tarkastella jopa monen vuosikymmenen päähän. Tätä aihetta käsitellään tarkemmin kappaleessa 5.5.

6.4 Asiakasnäkökulma

PPPR-projektin työntekijän (Tuominen, sähköpostiviesti 6.2.2015) mukaan projektin puitteissa on tarkasteltu kohdetyhmään kuuluvien potilaiden palveluiden käyttöä ammattilaisten arvioiden ja palvelujen käyttömäärien perusteella. Tarkastelussa tunnistettiin kolme palveluiden käyttöprofiilia:

1. Potilaat, jotka käyttävät palveluita yli tarpeensa.
2. Potilaat, jotka käyttävät palveluita epätarkoituksenmukaisesti.
3. Potilaat, jotka ovat jääneet palveluiden ulkopuolelle.

Kyseiset käyttöprofiilit mukailevat Chassinin ja Galvinin (1998) esittelemää terveydenhuollossa esiintyvien virheiden jaottelua palveluiden yli-, ali-, ja väärinkäyttöön. Tämän tutkimuksen näkökulmasta alikäyttö voidaan tulkita niin, että virhe tapahtuu, kun potilas ei hakeudu palveluiden piiriin vaikka se johtaisi hyvään lopputulokseen hänen kannaltaan. Toisin sanoen kolmas käyttöprofiili, eli potilaat, jotka ovat jääneet palveluiden ulkopuolelle, vastaa Chassinin ja Galvinin (1998) määritelmää alikäytöstä. Toisaalta ylikäyttö voidaan tulkita niin, että virhe tapahtuu, kun potilaat käyttävät palveluita yli tarpeensa. Tällöin potilaan palveluidenkäytöstä aiheutuneet haitat, esimerkiksi palvelun suorat kustannukset sekä palveluiden ruuhkautuminen, ovat suuremmat, kuin potilaalle aiheutunut hyöty. Väärinkäyttöä ovat tilanteet, joissa on tehty oikea toimenpide, mutta ehkäistävissä olleet komplikaatiot estävät potilasta saamasta täyttä hyötyä palvelusta. Tämän virhelajin voidaan ajatella vastaavan toista käyttöprofiilia, eli virhe tapahtuu esimerkiksi silloin, kun potilaat hakeutuvat tarpeensa kannalta väärin palveluihin tai kun heidät ohjataan väärin palveluihin terveydenhuollon työntekijöiden puolesta.

Todellisuudessa kaikki potilaat eivät jakaudu näin selkeästi eri profiileihin. Ensimmäisessä esimerkkitapauksessa esitellyn Pekan tilannetta voidaan pitää selkeänä palveluiden alikäyttönä. Hän sai terveystarkastuksesta ohjeistuksen hakeutua lääkärin vastaanotolle, mutta ei ole lopulta hakeutunut sinne. Toisessa esimerkkitapauksessa esitellyn Jonnan tilanne on sen sijaan monimutkaisempi. Tilanteessa on nähtävissä palveluiden alikäyttöä, kun potilas on päättänyt aikuispsykiatrian ja päihdepsykiatrian hoitajaksonsa. Potilas on siis tässä tilanteessa jättäytynyt palveluiden ulkopuolelle. Toisaalta hän on myös asioinut toistuvasti terveysasemalla hakemassa apua psyykkisiin ongelmiinsa, mutta ei ole kuitenkaan kokenut hyötyvänsä palveluista. Tässä tilanteessa voidaan nähdä palveluiden ylikäyttöä, eli palveluiden käytön haitat, kuten esimerkiksi palveluiden suorat kustannukset palveluntarjoajalle, ovat suhteessa suuremmat kuin potilaalle aiheutuneet terveysvaikutukset. Potilas on myös hakeutunut yksityislääkärin vastaanotolle, jotta hän saisi toivomansa ADHD-tutkimukset. Yksityislääkäri on määrännyt hänelle ADHD:n hoitoon tarkoitettua lääkettä. Tämän tilanteen voidaan ajatella

edustavan väärinkäyttöä, eli potilas on itse hakeutunut vääränlaisiin palveluihin hänen diagnoosinsa huomioon ottaen. Yksityislääkäri on siis käytännössä tehnyt omasta näkökulmastaan oikean ratkaisun, mutta potilas ei ole saanut täyttä hyötyä saamastaan palvelusta kokonaistilanne huomioiden.

Potilaiden näkökulmasta palveluiden yli- ali- ja väärinkäytölle on löydettävissä monia erilaisia syitä. Yhtenä suurimmista syistä voidaan pitää epäsymmetristä informaatiota, eli potilaan oma käsitys terveydentilastaan ja tarvitsemistaan palveluista on ristiriidassa asioiden todellisen tilan kanssa. Tämä voi johtaa esimerkiksi siihen, että potilaan hakeutuminen hoitoon viivästyy. Tällä perusteella ensimmäisen esimerkkitapauksen Pekan tilanteessa on nähtävissä palveluiden alikäyttöä myös kuvailtua tilannetta aikaisemmassa vaiheessa. Esimerkkitapauksessa kuvataan, miten Pekalla on ollut alkoholin suurkulutusta jo työelämässä ja, miten tilanne on pahentunut hänen jäätyään työttömäksi. Terveystarkastuksessa hänellä todettiin monenlaisia terveysvaivoja, kuten korkea kolesterolitaso ja korkea verenpaine sekä mielialan lasku. Nämä ongelmat eivät ole syntyneet hetkessä ja on todennäköistä, että tilanne ei olisi edennyt näin huonoksi, mikäli potilas olisi hakeutunut hoitoon aikaisemmin.

Palveluiden yli-, ali ja väärinkäyttöä voi aiheuttaa myös palvelukentän laajuus ja palveluiden abstraktisuus. Eri palveluiden määrä on siis niin suuri, että potilaan on vaikea valita oikea palvelu itselleen. Toisaalta palveluiden vertailua vaikeuttaa niiden abstraktisuus, eli potilaan on vaikea saada täydellistä tietoa eri palveluiden sisällöstä, koska niitä ei voi vertailla samaan tapaan kuin tuotteita. Vertailua vaikuttaa myös palveluiden heterogeenisyys. Potilaat siis kokevat saamaansa palvelun hieman eri tavoin, jolloin esimerkiksi potilaan omaisten tai ystävien suositukset eri palveluista saattavat ohjata potilaan vääränlaisiin palveluihin. Toisaalta potilaan lähipiirin mahdolliset huonot kokemukset eri palveluista saattavat nostaa asiakkaan kynnystä mennä hoitoon. Näiden ongelmien seurauksena potilas voi jättäytyä kokonaan palveluiden ulkopuolelle.

Epäsymmetrinen informaatio yhdistettynä palveluiden funktionaalisen organisoimiseen voi johtaa tilanteeseen, jossa eri palveluyksiköissä hoidetaan vain osaa potilaan diagnooseista. Tämän seurauksena potilas voi käyttää palveluita yli tarpeensa. Potilas siis hoitaa eri tarpeitaan eri palveluyksiköissä, eikä informaatio välttämättä kulje näiden palveluyksiköiden välillä. Potilas on tällöin ainoa, joka näkee kokonaisuuden, mutta hänellä ei ole tarvittavia työkaluja tai taitoja tiedostaakseen palveluiden ylikäytön. Potilaan näkökulmasta palvelujärjestelmä näyttää hajanaiselta ja epäjohdonmukaiselta, jolloin myös esimerkiksi hoitoon sitoutuminen voi tuottaa vaikeuksia. Potilaan terveydentila kuitenkin vaatii hoitoa, joten tuloksena hän voi ylikäyttää niitä palveluita, joissa hän on tottunut käymään ja alikäyttää tarvitsemiaan palveluita. Palveluiden ylikäyttö ei myöskään aina ilmene niin, että potilas itse hakeutuu palveluihin. Kaksoisdiagnoosipotilaiden kohdalla palveluiden ylikäyttö voi tarkoittaa myös esimerkiksi sitä, että poliisit tai ensihoitoyksiköt vievät potilaan toistuvasti selviämisasemalle tai päi-

vystykseen. Toisaalta kokonaisvastuun puute palvelujärjestelmässä voi johtaa siihen, että potilasta siirrellään paikasta toiseen. Tällöin kyse voi olla siitä, että palveluyksikön näkökulmasta potilasta voitaisiin hoitaa paremmin jossain muualla tai, että häntä ei oteta hoitoon ennen kuin hän on käynyt ensin muunlaisessa hoidossa. Tilanne voi olla esimerkiksi se, että potilasta ei oteta psykiatriselle poliklinikalle ennen, kuin hän on käynyt katkaisuhoidossa. Seuraavassa esimerkkitapauksessa kuvaillaan osittain juuri tällaista tilannetta:

Arja on 47-vuotias yksin asuva nainen, joka on ollut työttömänä jo lähes 10 vuoden ajan. Hänellä ei ole omaa perhettä, sisaruksiin pitää yhteyttä hyvin harvakseltaan. Arjalla on runsaasti erilaisia somaattisia oireita, joiden vuoksi hän on asioinut terveyskeskuksessa. Psykkisellä puolella on todettu pitkäaikainen masennus, kroonisesti mielialan alavireisyyttä. Työttömyysaikana hän on ollut vaihtelevasti sairauslomilla ja saanut myös kuntoutustukea. Ajoittain on ollut myös kuolemanajatuksia, mutta ei itsetuhoyrityksiä. Jatkuvassa käytössä on runsas lääkitys niin psyykkisiin kuin somaattisiin oireisiin. Masennuksen hoitokontakti on ollut yleispsykiatrian poliklinikalla, mutta hoito katkesi joitakin vuosia sitten huonon sitoutumisen vuoksi. Vuotta myöhemmin terveyskeskuslääkäri teki uuden lähetteen psykiatrian poliklinikalle masennuksen vuoksi. Siellä todettiin uuden jakson ensimmäisellä käynnillä huomattava alkoholin käyttö, ja hänet ohjattiin A-klinikalle, jossa kävi lyhyen jakson. Arjan äidin kuoltua oma kuolemantoihto voimistui niin, että hän otti yliannoksen alkoholia ja lääkkeitä. Naapuri hälytti ambulanssin ja Arjaa seurattiin päivystyksessä yön yli. Päivystävä psykiatri teki lähetteen psykiatrian poliklinikalle, jonne Arja ei mennyt. Arjan taloudellinen tilanne on heikko, on työvoiman ulkopuolisena työnhakijana, eikä saa työttömyysturvaa. Kokee itse olevansa työkyvytön. On pitkäaikainen toimeentulotuen asiakas. Sosiaalityöntekijän vastaanotolla Arja vaikuttaa tuskaiselta, istuu kumarassa ja huokailee. Sosiaalityöntekijä huomaa hänen laihtuneen sitten viime tapaamisen. Keskustelussa nousee esiin epäluottamus ja pettymyksen kokemukset liittyen terveydenhuoltoon. Kertoo itse kärsivänsä voimakkaasta sosiaalisten tilanteiden pelosta, jonka vuoksi ei juuri liiku kodin ulkopuolella. Oman kertomansa mukaan alkoholia ottaa välillä helpottaakseen tätä. Somaattinen vointi aiheuttaa suurta huolta, uskoo ehkä sairastavansa jotakin vakavaa sairautta. Kokee kuitenkin, ettei hänen huoliaan terveydenhuollossa ole otettu vakavasti. Ajattelee itse taloudellisten vaikeuksien, somaattisten vaivojen ja sosiaalisten tilanteiden

pelon olevan pääasiallisia ongelmiaan. Sosiaalityöntekijällä herää huoli Arjan psyykkisestä voinnista ja alkoholin käytöstä.

Esimerkkitapauksessa on nähtävissä sekä palveluiden ylikäyttöä että alikäyttöä. Arja on ollut pitkään työttömänä ja asioinut terveyskeskuksessa useasti somaattisten oireidensa takia. Toisaalta potilas on katkaissut hoitojakson psykiatrian poliklinikalla, jolloin voidaan puhua palvelun alikäytöstä. Tilanteessa on nähtävissä myös potilaan näkökulmasta turhaa siirtelyä, kun terveyskeskuksesta hänet on ohjattu psykiatrian poliklinikalle ja sieltä edelleen A-Klinikalle. Tämän voidaan ajatella olevan juuri sellaista turhaa siirtelyä, joka näyttäytyy potilaalle epäjohdonmukaisuutena ja voi aiheuttaa hoitoon sitoutumattomuutta. Potilaan näkökulmasta palveluketju olisi voitu järjestää myös muilla tavoilla, jolloin se olisi ollut suoraviivaisempi. Hänet olisi esimerkiksi voitu ohjata terveyskeskuksesta suoraan A-Klinikalle tai hän olisi voinut hakeutua sinne omatoimisesti.

Tilanteessa on nähtävissä, miten terveydenhuollon prosessit eroavat muista palveluprosesseista tai teollisista prosesseista. Potilas on itse ajatellut, että hänen ongelmiaan ovat taloudelliset vaikeudet, somaattiset vaivat ja sosiaalisten tilanteiden pelko. Hän ei siis itse ole kokenut alkoholin käyttönsä olevan ongelma, joten hän ei ole osannut hakeutua omatoimisesti A-Klinikalle. Toisaalta, vaikka kuvatussa tilanteessa sekä terveyskeskuskäynti että käynti psykiatrian poliklinikalla voidaan ajatella hukkana, ei asia välttämättä ole terveydenhuollon kontekstissa niin. On vaikea määrittää luoko ylimääräinen lääkärikäynti arvoa vai ei, koska jossain tilanteissa on parempi saada potilaan terveydentilalle myös toinen arviointi. Ne asiat tai toiminnot, jotka eivät luo arvoa potilaan mielestä, voivat luoda arvoa muulla tavoin, esimerkiksi vaikuttaen epäsuorasti asiakkaan hoidon järjestämiseen. Nykytilanteessa potilas on siis ainoa, joka näkee koko palveluketjunsä. Hän ei kuitenkaan välttämättä tiedä minkälaisia palveluita hän tosiasias-
assa tarvitsisi terveydentilansa parantamiseen. Toisaalta terveydenhuollon palveluntarjoajat näkevät vain osan potilaan kokonaisuudesta ja heidän tarjoamansa palvelut eivät välttämättä lisää arvoa potilaan näkökulmasta.

Palveluiden yli-, ali- ja väärinkäytölle on löydettävissä myös muita syitä yllä esiteltyjen seikkojen lisäksi. Näitä syitä voivat olla esimerkiksi päihde- ja mielenterveysongelmiin liitetty leimautumisen pelko. Potilas voi siis tiedostaa tarvitsevänsä päihde- ja mielenterveyspalveluita, mutta ei hakeudu niihin leimautumisen pelon takia. Potilas voi esimerkiksi pelätä omaistensa tai ystäviensä reaktioita. Työssäkäyvillä henkilöillä voi olla pelkoa myös esimerkiksi työnsä menettämisestä. Syynä voi toisaalta olla myös ns. kannustinloukku. Työtön henkilö voi siis kokea, että hänen ei kannata hakeutua hoitoon, vaikka hän voisi parantua työkykyiseksi. Motivaatiota voidaan itse asiassa pitää yhtenä oleellisimpana tekijänä hoidon onnistumisen kannalta. Palveluketjujen henkilöstö- ja prosessinäkökulmien ongelmia voidaan ratkoa, mutta jos potilas ei itse

hakeudu tai sitoudu hoitoon, ei muilla kehittämistoimenpiteillä ole juuri mitään vaikutusta.

6.5 Vaikuttavuusnäkökulma

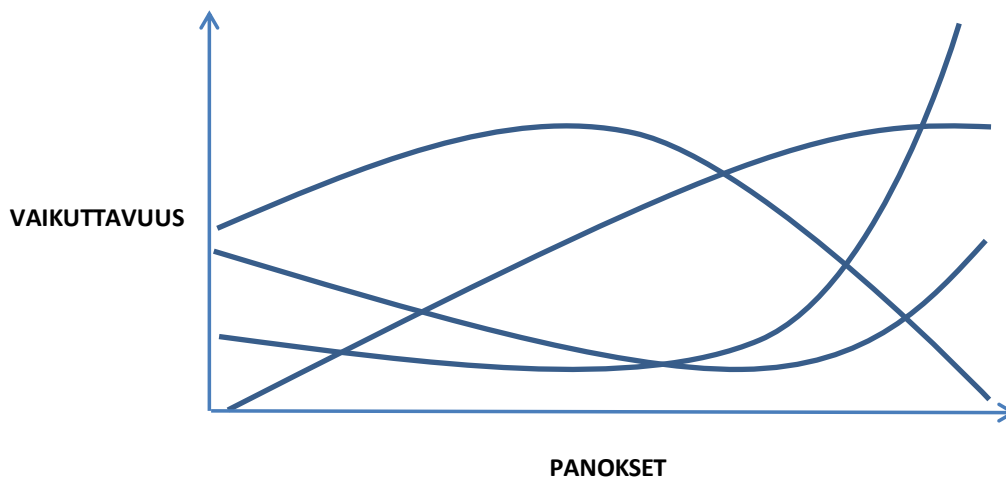
Silvennoinen-Nuoran (2010, 116) mukaan palveluketjun vaikuttavuus voidaan purkaa palveluketjun eri vaiheissa syntyviksi vaikutuksiksi (ks. kpl. 3.1.3). Näin ajateltuna vaikuttavuutta voidaan ajatella Michael Porterin (1985) kehittämän arvoketju-termin kautta. Palveluketjun yhden vaiheen tuotoksen, eli vaikutuksen, tulisi siis muuttua seuraavan vaiheen panokseksi. Vaikuttavuusnäkökulmasta kaksoisdiagnoosipotilaiden palveluketjun ongelmat liittyvätkin arvoketjun katkeamiseen tai sen epäselvyyteen. Kuten edellisten kappaleiden esimerkkitapauksista on nähty, ei yhden vaiheen vaikutus aina muodostu seuraavan vaiheen panokseksi. Kappaleen 6.2 esimerkkitapauksessa potilas on mennyt työttömien terveystarkastukseen, josta hänet on ohjattu lääkärille vaivojensa takia. Tässä tilanteessa terveystarkastuksen vaikutus on siis ollut potilaalle tullut tieto siitä, että hänen tulisi mennä lääkärille. Tämä vaikutus ei kuitenkaan ole muodostunut palveluketjun seuraavan vaiheen panokseksi, kun potilas ei hakeutunutkaan lääkäriin. Tässä tilanteessa arvoketju on siis katkennut ja vaikuttavuus jäänyt huonoksi potilaan oman toiminnan johdosta.

Kappaleessa 6.3 esitellyssä esimerkkitapauksessa arvoketju on monimutkaisempi. Potilas on toisaalta itse katkaissut arvoketjun lopettamalla hoitonsa aikuispsykiatrilla. Toisaalta aikuispsykiatrilla syntynyt vaikutus, eli esimerkiksi epäily kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä, ei ole muodostunut seuraavan vaiheen panokseksi. Toisin sanoen, kun potilas on seuraavaksi ohjattu päihdepsykiatrialle, ei siellä olla oltu välttämättä tietoisia kyseisestä aikuispsykiatrian puolella heränneestä epäilyksestä. Tämän voidaan ajatella olevan perustavanlaatuinen ongelma kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa. Päihde- ja mielenterveysdiagnoosin hoidoille muodostuu usein kaksi erillistä arvoketjua, vaikka optimaalisinta olisi, että diagnooseja hoidettaisiin kokonaisuutena. Tästä näkökulmasta yhtenä suurimmista kaksoisdiagnoosipotilaiden palveluketjun ongelmista voidaan pitää informaation kulkemista palveluketjun eri yksiköiden välillä. Potilaan terveydentilasta voi siis olla paljonkin informaatiota eri tietojärjestelmissä ja eri toimijoilla, mutta tätä informaatiota ei osata tai voida hyödyntää. Tästä johtuen moni oikeinkin toteutettu palvelu voi jälkikäteen osoittautua hukaksi, koska palvelussa syntynyttä vaikutusta ei hyödynnetä palveluketjun seuraavassa vaiheessa.

Toinen ongelma vaikuttavuusnäkökulmasta katsottuna on, että terveydenhuoltoalalla toimintaa ei useinkaan mitata vaikuttavuuden avulla. Kaplanin ja Porterin (2011, 49) mukaan mikäli vaikutuksia ei mitata tarkasti ja laajasti, voi palveluntuottajien kannusteena olla tuottaa vain niitä palveluita, joiden kustannuksia toiminnan rahoittajat kor-

vaavat laajimmin. Mikäli julkisen toimintayksikön vuosibudjetti muodostuu siis esimerkiksi edellisen vuoden asiakasmäärän ja käytettyjen resurssien mukaan, ei yksikön johdolla tai henkilöstöllä ole välttämättä kannusteita hoitaa potilaita mahdollisimman vaikuttavasti (ks. kpl. 6.2). Kaksoisdiagnoosipotilaiden kohdalla hoidon vaikuttavuuden mittaaminen on lisäksi ongelmallisempaa kuin monen muun sairauden. Hoidon vaikuttavuutta ei välttämättä voida mitata fysiologisilla mittareilla, vaan kyse on enemmänkin potilaiden elämänlaadun ja toimintakyvyn paranemisesta. Mittaus perustuu sekä potilaan omaan kokemukseen terveydentilastaan että mittaajaan arvioihin potilaan tilanteesta. Mittaaminen ei siis ole täysin yksiselitteistä, koska sama potilas voi teoriassa saada erilaisia tuloksia hoidon vaikuttavuudesta mittaajan vaihtuessa.

Ongelmana on myös se, että kaksoisdiagnoosipotilaiden palveluketjujen vaikuttavuus ei usein ole lineaarinen suhteessa käytettyihin panoksiin. Potilaiden terveydentila tai elämänlaatu ei siis välttämättä parane tasaisesti panoksia lisätessä. (Heikkilä, haastattelu 10.10.2015.) Panoksilla tarkoitetaan tässä yhteydessä kaikkia niitä resursseja, joita käytetään potilaan palveluketjussa, kuten esimerkiksi lääkärikäyntejä, puheluita, läheteitä ja hoidon suunnitteluun kuluva-aikaa. Panokset ja hoidon vaikuttavuus voivat korreloida myös negatiivisesti, jolloin lisäpanostukset vähentävät hoidon vaikuttavuutta (Heikkilä, haastattelu 10.10.2015). Tällainen tulos voi syntyä esimerkiksi silloin, kun potilas ei sitoudu hoitoon tai, kun hän kokee tarvitsevänsä täysin erilaista hoitoa. Seuraavassa kuviossa esitetään kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon vaikuttavuutta suhteessa käytettyihin panoksiin erilaisissa kuvitteellisissa potilastapauksissa.



Kuvio 9 Vaikuttavuuden suhde panoksiin

Kuten kuviosta nähdään, vaikuttavuusnäkökulmasta hoidon suunnittelu on vaikeaa, koska ei tiedetä missä kohtaa vaikuttavuuskäyrää kukin potilas on. Toisaalta ei myöskään tiedetä, minkälaisella vaikuttavuuskäyrällä potilas on. Joillain potilailla hoidon

resurssien lisääminen 10 prosentilla voi siis kasvattaa hoidon vaikuttavuutta 10 prosenttia. Samanlaisessa tilanteessa toisilla potilailla hoidon vaikuttavuus voi taas pysyä samana ja toisilla se voi kasvaa 100 prosenttia. Tällaisella ajattelutavalla ei kuitenkaan tarkoiteta sitä, että jokainen potilas ”kuuluisi” jollekin vaikuttavuuskäyrälle. Eroavaisuudet vaikuttavuudessa voivat johtua esimerkiksi potilaskohtaisista eroavaisuuksista, hoidon eroavaisuuksista ja sattumasta. Potilas voi siis olla jo toipumassa alkoholismistaan tai masennuksestaan, kunnes esimerkiksi jokin yksittäinen sattumanvarainen elämäntapahtuma, kuten työttömäksi jääminen tai omaisen kuolema, voi pahentaa tilannetta. Samoin esimerkiksi hyvä työntekijä voi pienessä ajassa vaikuttaa paljonkin potilaan terveyteen, kun taas huonompi työntekijä ei saa samanlaisia vaikutuksia aikaan pidemmälläkään aikavälillä. Toisaalta hyväkään työntekijä ei välttämättä pysty vaikuttamaan sellaisen potilaan terveyteen, jolla ei ole kannusteita tai motivaatiota parantua.

Kangasharjun (2008, 22) mukaan vaikuttavuudella ei ole käytännössä ”maksimiarvoa”, joten vaikuttavuutta on syytä käsitellä myös kustannusvaikuttavuuden käsitteen avulla. Vaikutukset tulisi siis saada aikaiseksi mahdollisimman kustannustehokkaasti. Druckerin (1963) määritelmien mukaisesti tulisi siis tehdä oikeita asioita oikein. Kuten kappaleessa 5.1.1 on todettu, voi toiminnan funktionaalinen organisointi olla kustannustehokasta yksittäisten palveluntuottajien näkökulmasta, mutta ei välttämättä potilaan koko palveluketjun kannalta. Toisin sanoen, yksittäinen palvelu tai palvelukokonaisuus voidaan tuottaa allokatiivisesti tehokkaasti niin, että mahdollisuuksien rajoissa käytetään edullisimpia mahdollisia panoksia, kuten esimerkiksi toteuttamalla hoito lääkäreiden sijaan hoitajien työpanoksella. Koko palveluketjun kannalta toiminta olisi kuitenkin voitu suunnitella kustannustehokkaammin käyttäen edullisempia korvaavia panoksia muissa tuotantoyksiköissä. Toisaalta, yhden tuotantoyksikön toiminta voi olla myös teknisesti tehokasta niin, että parasta saatavilla olevaa teknologiaa ja toiminnan johtamis- ja organisointitapoja hyödynnetään täysimääräisesti. Tällöin tuotantoyksikkö on lähellä tuotantomahdollisuuksien rintamaa eli korkeinta mahdollista tuottavuuden tasoa ja tuotantoyksikköä voidaan sanoa x-tehokkaaksi. Palvelu on voitu siis suunnitella mahdollisimman tehokkaaksi esimerkiksi tunnistamalla ja poistamalla palvelussa esiintyviä hukkia ja täten lyhentämällä palvelun tuottamiseen kuluva aika. Palveluketju, jossa hoitoa antavat palveluntarjoajat ovat kaikki x-tehokkaita, voi kuitenkin kokonaisuuden kannalta olla x-tehoton, mikäli koko palveluketjun suunnittelussa ei ole hyödynnetty parasta saatavilla olevaa teknologiaa tai toiminnan johtamis- ja organisointitapoja. X-tehokkaiden tuotantoyksiköiden yhdistelmä voi siis olla x-tehoton ja täten kustannustehoton, jos kokonaisuutta ei koordinoita.

Yllä olevan perusteella voidaan päätellä, että kaksoisdiagnoosipotilaiden kohdalla yksittäisen palvelun kustannustehokkuudella ei ole suurta merkitystä, kun arvioidaan koko palveluketjun kustannustehokkuutta. Samoin yksittäisen palvelun teknisellä tehokkuudella ei ole suurta merkitystä, kun tarkastellaan koko palveluketjun teknistä te-

hokkuutta. Palveluketjuissa allokatiivinen tehokkuus tulisikin ymmärtää niin, että koko palveluketju on suunniteltu käyttäen edullisimpia mahdollisia panoksia mahdollisuuksien rajoissa. Tekninen tehokkuus voidaan tässä yhteydessä ymmärtää niin, että toiminta on teknisesti tehokasta, kun palveluketjussa yhdistetään eri palvelut käyttäen parhaita mahdollisia toiminnan johtamis- ja organisointitapoja. Täten PPPR-projektissa kehiteltyjä uusia palvelumalleja voidaan pitää teknologisenä kehityksenä, jonka tuloksena potilaiden palveluketjuja voidaan koordinoida ja kontrolloida tehokkaammin. Tekninen tehokkuus voidaan ymmärtää siis eräänlaisena reseptinä tai valmistusohjeena, jonka mukaan potilaita hoidetaan. Kun potilaita hoidetaan allokatiivisesti ja teknisesti tehokkaasti, voidaan hoidon sanoa olevan kustannustehokasta. Tämä ei kuitenkaan vielä tarkoita, että toiminta olisi vaikuttavaa tai sitä, että toiminta aiheuttaisi vähiten kustannuksia. Hoidon kokonaiskustannukset eivät liity hoidon kustannustehokkuuteen, koska kustannustehokkuus on suhteellinen mittayksikkö ja kokonaiskustannukset absoluuttinen mittayksikkö. Yllä olevan perusteella on siis olemassa teoriassa kaksi eri tapaa järjestää potilaiden palveluketjut PPPR-projektissa:

- Tietty vaikuttavuustaso, johon pyritään mahdollisimman kustannustehokkaasti.
- Tietty kokonaiskustannustaso, jolla pyritään saamaan aikaan paras mahdollinen kustannusvaikuttavuus.

Käytännössä, rajallisten resurssien takia, julkisessa terveydenhuollossa kokonaiskustannustaso on annettu, jolloin vaihtoehdoksi jää yllä mainituista järjestämistavoista jälkimmäinen. Toisaalta julkisen terveydenhuollon tarkoitus ei kuitenkaan ole valita parhaimpia ”investointikohteita” eli niitä potilaita, joilla hoito tuottaisi parhaan mahdollisen vaikuttavuuden suhteessa kustannuksiin. Yhteiskunnan ja julkisen terveydenhuollon tavoitteena voidaan pitää sitä, että koko kansan elämänlaatu olisi hyväksyttävällä tasolla. Todellisuudessa PPPR-projektissa pitää siis tasapainotella yllä mainittujen kahden vaihtoehdon välillä. PPPR-projektin kustannusvaikuttavuuden arviointi on siis lähtökohtaisesti vaikeaa, koska projektin tuloksena potilaiden hoitoon käytetyt kustannukset voivat myös nousta. Näin voi käydä esimerkiksi niiden potilaiden kohdalla, jotka ovat jääneet palveluiden ulkopuolelle (ks. kpl. 6.4), koska palveluiden alikäytön ongelmien korjaaminen nostaa Chassinin ja Galvinin (1998) mukaan poikkeuksellisesti melkein aina sekä palvelun kustannuksia että laatua. Heidän mukaansa suurimmat hyödyt saavutetaan, kun sama toiminto nostaa hyötyjä ja laskee kustannuksia. Näin tapahtuu esimerkiksi yli- ja väärinkäytön ongelmia vähentäessä. Mikäli palveluiden ulkopuolelle jääneitä potilaita siis ohjautuu PPPR-projektin piiriin suhteessa enemmän kuin palveluita yli tarpeensa tai epätarkoituksenmukaisesti käyttäviä, voivat hoidon kokonaiskustannukset nousta lyhyellä aikavälillä paljonkin.

PPPR-projektin luomissa uusissa palvelumalleissa käytetään yksilökohtaisen palveluohjauksen menetelmää (ks. kpl. 2.2.3), jossa Ala-Nikkolan ja Sipilän (1996) mu-

kaan palvelujärjestelmän yhteistyöongelmia pyritään ratkaisemaan ruohonjuuritasolla yksittäisen ihmisen ja hänen tarpeidensa mukaan. Tämä tarkoittaa heidän mukaansa sitä, että potilaita ei saisi vain segmentoida samanlaatuiseksi joukoiksi, joille tehdään palvelusuunnitelmat yhden aikaisemmin hyväksi havaitun mallin mukaan. Olisi siis kustannustehokasta segmentoida potilaat muutamaa eri segmenttiin ja luoda näille segmenteille omat palveluketjunsä. Tämä ei kuitenkaan välttämättä ota huomioon potilaiden yksilöllisiä tarpeita, eli toiminta ei olisi välttämättä vaikuttavaa. Säästäminen potilaan tarpeiden kartoituksessa voi aiheuttaa ongelmia palveluketjun vaikuttavuudessa, jos palveluketju ei vastaakaan potilaan yksilöllisiä tarpeita. Ala Nikkolan ja Sipilän (1996, 2) mukaan yksilökohtaisella palveluohjauksella on sosiaali- ja terveysterveysterveyspalveluissa viime vuosikymmeninä haettu enemmän tuloksellisuutta ja tehokkuutta kuin potilaan kokeman arvon maksimointia.

Kustannusvaikuttavuus itsessäänkin on vain niiden kustannusten ja vaikutusten suhde, jotka otetaan laskelmassa huomioon. Kaikkia mahdollisia kustannuksia tai vaikutuksia ei ole mahdollista ottaa huomioon. Kustannusvaikuttavuus kuvaa siis vain osaa todellisuudesta. Kivistön (2003, 191–193) sekä Porterin ja Kaplanin (2011, 49) mukaan kustannusvaikuttavuuden mittaamiseksi olisi kustannusten osalta luotettavinta käyttää niin sanottuja todellisia kustannuksia, eli potilaan hoidossa käytettyjen resurssien suoria kustannuksia (ks. kpl. 3.1.2). Petitin (2000, 192) mukaan myös hoidosta koituvien tai sillä vältettävien lisähoitojen kustannukset tai säästöt tulisi ottaa huomioon kustannuksia laskettaessa. Kaksoisdiagnoosipotilaiden kohdalla tämä on erityisen haastavaa, sillä mahdolliset kustannussäästöt voivat jakautua usealle vuosikymmenelle ja projektilla voi olla vaikutusta myös seuraavan sukupolven terveydenhuoltokustannuksiin. Tämä johtuu siitä, että esimerkiksi syrjäytymisen, huono-osaisuuden sekä mielenterveys- ja päihdeongelmien on useassa tutkimuksessa havaittu olevan periytyvää (ks. esim. Solantaus ym. 2011; Solantaus & Paavonen 2009; Kestilä 2008). Näin ajateltuna potilaan hoidon suorat kustannukset ovat mitättömiä verrattuna potentiaalisiin yhteiskunnalle aiheutuviin kustannussäästöihin hyvän hoidon seurauksena. Mikäli palveluketjun kustannusvaikuttavuutta mitataan palveluketjuissa käytettyjen resurssien ja siinä syntyneiden terveydellisten vaikutusten suhteena, voi PPPR-projektin kustannusvaikuttavuus siis olla joissain tapauksissa jopa huomontavaa suhteessa palveluiden aikaisempaan järjestämistapaan. Tilanne voi kuitenkin olla erilainen, mikäli vertailuun otetaan mukaan myös mahdolliset tulevaisuuden kustannussäästöt ja esimerkiksi tuottavuuskustannukset, joita ovat mm. työttömyyden takia menetetty taloudellinen tuottavuus. Ongelmana on siis, että vaikka PPPR-projektin kustannusvaikuttavuus olisi joidenkin mittareiden mukaan huonoa, voi se todellisuudessa olla pitkällä aikavälillä hyvää ja päinvastoin. PPPR-projektin tuloksia arvioitaessa tulisi siis noudattaa erityistä varovaisuutta, koska lopullisia taloudellisia ja terveydellisiä vaikutuksia ei ole mahdollista arvioida tarkasti. Tästä syystä on erittäin tärkeää arvioida PPPR-projektin vaikutuksia kokonaisvaltaisesti, ot-

tamalla huomioon hoidossa aiemmin esiintyneet ongelmat ja ne mekanismit, joilla PPPR-projektissa näitä ongelmia korjataan.

6.6 Yhteenveto tuloksista

Tässä kappaleessa esitellään kaksoisdiagnoosipotilaiden palveluketjuissa havaittujen ongelmien yhteenveto henkilöstö-, prosessi-, asiakas- ja vaikuttavuusnäkökulmista. Lisäksi esitetään ne ongelma-alueet, joihin PPPR-projektin uudet palvelumallit erityisesti vaikuttavat, ja millä mekanismeilla palvelumallit voivat kehittää palveluketjujen kustannustehokkuutta ja -vaikuttavuutta.

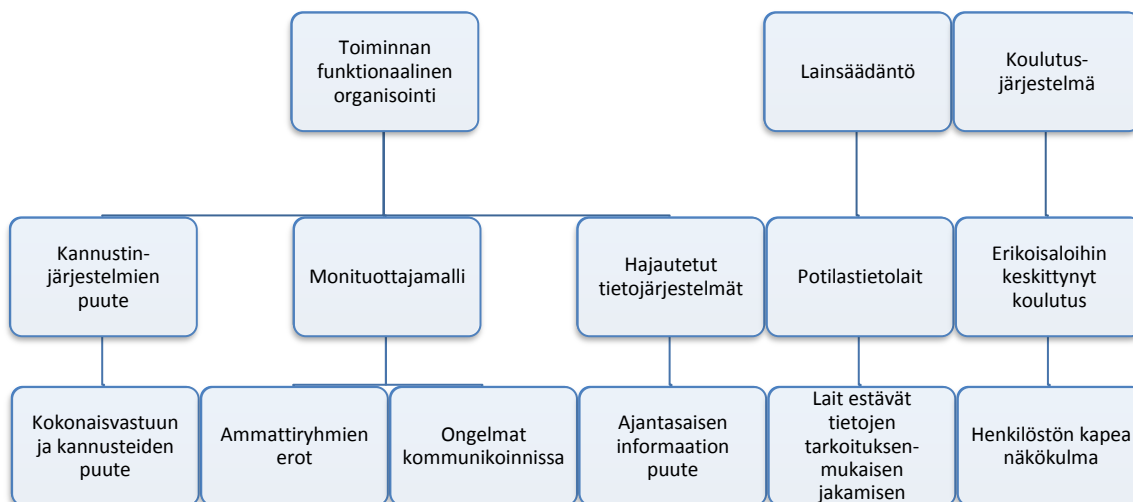
Havaitut ongelmat voidaan jakaa kolmeen osa-alueeseen. Ensimmäinen osa-alue liittyy ongelmiin tarpeiden tunnistuksessa, eli esimerkiksi myöhästyneisiin tai väärin potilaan tilan diagnooseihin. Toinen osa-alue liittyy ongelmiin potilaiden palveluketjun koordinoimisessa yli organisaatiorajojen. Kolmanteen osa-alueeseen liittyvät muut ongelmat, kuten esimerkiksi potilaiden sitoutumattomuus hoitoon. Ongelmien jaottelu mukailee Ghildayalin ym. (2011) tutkimuksessaan esittämää terveydenhuollon palvelutuotannon virheiden jaottelua (ks. kpl. 3.2.1). Tässä tutkimuksessa Ghildayalin ym. (2011) jaottelun toinen ja kolmas osa-alue, eli hoitoon ja jatkohoitoon liittyvät virheet, yhdistettiin palveluketjun koordinoinnin osa-alueeksi. Yhdistäminen tehtiin siksi, että kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon ongelmat liittyvät vahvasti koko palveluketjun toimintaan eikä ongelmien jaottelu hoidon ja jatkohoidon osa-alueisiin olisi ollut tarkoituksenmukaista. Seuraavassa taulukossa esitellään nämä ongelma-alueet sekä näihin liittyvät alaongelmat eri näkökulmista.

Taulukko 7 Yhteenvedo palveluketjuissa havaituista ongelmista

Näkökulmat				
Ongelma	Henkilöstö-näkökulma	Prosessi-näkökulma	Asiakas-näkökulma	Vaikuttavuus-näkökulma
1. Tarpeiden tunnistukseen liittyvät ongelmat	Kapea näkökulma, eli potilaan tarpeita ei ole tunnistettu riittävän kokonaisvaltaisesti. Ajantasaisen informaation puute Osaamisen puute Kokemattomuus Motivaatio	Informaation vääränlainen varastointi Asiakasnäkökulman puute. Standardoitujen prosessien puute. Samojen asioiden toistaminen.	Potilas ei tuo esiin tarpeitaan. Potilas ei hakeudu hoitoon. Potilas hakeutuu vääränlaisiin palveluihin.	Arvoketjun katkeaminen, kun vaikutus ei muutu seuraavan hoitovaiheen panokseksi. Eri tarpeille muodostuu eri arvoketjut.
2. Palveluketjun koordinointiin liittyvät ongelmat	Kannusteiden puute Kommunikointiongelmat Kokonaisvastuun puute Ei tunneta koko palvelukenttää Tiedonkulun ongelmat Ammattiryhmien väliset erot.	Hoito tapahtuu väärillä toimintamalleilla. Johtaminen tapahtuu toimintayksiköiden sisällä. Palveluketjua ei voida suunnitella etukäteen. Ylimääräinen liike	Palveluiden ali-, yli- ja väärinkäyttö. Potilas on ainoa, joka näkee koko palveluketjun. Hoitoon sitoutumattomuus.	Vaikuttavuus ei ole lineaarista. Potilaat reagoivat eri tavalla saamaansa hoitoon.
3. Muut ongelmat	Tietosuojaan liittyvät lait estävät tietojen tarkoituksenmukaista jakamista palvelujärjestelmässä.	Palveluketjulle on vaikea määritellä päätöspistettä.	Leimautumisen pelko, Kannustinloukut	Vaikuttavuuden mittaaminen ei ole yksiselitteistä. Kustannusvaikuttavuutta on vaikea arvioida luotettavasti.

Yllä olevaa taulukkoa tarkasteltaessa on syytä huomioda, että ongelmien ja niihin liittyvien alaongelmien jaottelu eri näkökulmiin on tietystä määrin keinotekoisia. Esimerkiksi henkilöstön kokonaisvastuun puute hoidon toteutuksessa on osaltaan seurausta siitä, että prosessien johtaminen keskittyy palveluyksiköiden sisäiseen toimintaan. Toisaalta johtamistapojen muuttaminen ei suoraan poista kokonaisvastuun puutteen ongelmia. Eri näkökulmien tarkoituksena on siis tuoda esiin palveluketjun ongelmien moni-

mutkaisuus ja yhteydet laajempiin kokonaisuuksiin. Vaikuttamalla yhteen ala-ongelmaan, voidaan poistaa ongelmia kaikissa kolmessa osa-alueessa. Toisaalta taulukossa lueteltuja ongelmia, kuten esimerkiksi henkilöstön kapeaa näkökulmaa, voidaan itse asiassa pitää seurauksena taustalla vaikuttavista asioista, kuten toimintojen funktio-naalisesta organisoimisesta, koulutuksesta ja potilastietojärjestelmien hajanaisuudesta. Tästä voidaan päätellä, että vaikuttamalla vain ongelman näkyvään syyhyn, kuten henkilöstön kapeaan näkökulmaan, vaikuttamatta taustalla oleviin tekijöihin, saadaan aikaiseksi vain lyhytkestoinen muutos, jota on vaikea ylläpitää. Tämän takia on tärkeää tunnistaa muutamia taustalla olevia asioita tai kokonaisuuksia, joista palveluketjun ongelmat voidaan johtaa. Ongelmien syyt voidaan usein jakaa kahdelle tasolle. Esimerkiksi tarpeiden tunnistamisen ongelmat johtuvat osaltaan henkilöstön kapeasta näkökulmasta ja osaamisen puutteesta. Näiden ongelmien voidaan ajatella edustavan ensimmäistä tasoa. Toisella tasolla näiden ongelmien voidaan ajatella johtuvan sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden koulutuksesta, joka on keskittynyt eri erikoisaloihin. Seuraavassa kuviossa esitetään joitain palveluketjun ongelmien taustalla olevia suurempia kokonaisuuksia.



Kuvio 10 Palveluketjun ongelmien taustat

Kuviota tarkasteltaessa on syytä huomioda, että se on melko karkeasti yksinkertaistettu. Esimerkiksi erikoisaloihin keskittynyt koulutus on osittain seurausta yleis-

sistä valinnoista koulutusjärjestelmässä. Näihin valintoihin vaikuttaa kuitenkin myös se, että sosiaali- ja terveydenhuoltoala on organisoitu funktionaalisesti, eli koulutus on ikään kuin sopeutettu palveluiden rakenteeseen. Henkilöstön kapean näkökulmankaan ei siis voida sanoa olevan suoraa seurausta koulutuksesta vaan siihen vaikuttavat myös esimerkiksi ajantasaisen informaation puute sekä informaation jakamista koskevat lait, jotka voidaan johtaa lainsäädäntöön sekä toiminnan funktionaalisen organisoimiseen.

Yllä oleva kuvio on keskittynyt palvelujärjestelmän ongelmien taustoihin, mutta samankaltainen kuvio voitaisiin rakentaa myös potilaan näkökulmasta. Itse asiassa monet palvelujärjestelmän ongelmat, kuten palveluiden ali- ja väärinkäyttö, lieventyisivät, mikäli potilailla olisi motivaatiota ja kannusteita hakeutua ja sitoutua oikeanlaiseen hoitoon. Toisaalta, palveluketjuissa havaittujen ongelmien perusteella, potilaan oma motivaatio ja sitoutuminenkaan eivät aina riitä kaikkien havaittujen ongelmien poistamiseen. Mikäli palveluketju ei ole esimerkiksi kokonaisuudessaan jonkin tahon tai henkilön vastuulla, voidaan havaita ongelmia esimerkiksi palveluketjun teknisessä tai allokatiivisessa tehokkuudessa sekä vaikuttavuudessa, koska nämä seikat riippuvat vahvasti koko palveluketjun yhteistyöstä. Kaksoisdiagnoosipotilaiden kohdalla tilanne on kuitenkin usein se, että heidän on vaikea toimia odotusten mukaisina potilaina esimerkiksi alentuneen toimintakykynsä johdosta. Potilailla ei myöskään aina ole oikeita kannusteita tai motivaatiota parantumiseen ja esimerkiksi työelämään palaamiseen. Näin ajateltuna palveluketjun ongelmat peilautuvat laajemmin koko yhteiskunnan ongelmiin, kuten esimerkiksi yleiseen työttömyystilanteeseen sekä eri tulonsiirroista ja tuista seuraaviin kannustinloukkuihin.

Henkilöstön ja toimintayksiköiden kannusteiden sekä potilaiden motivaation voidaan itse asiassa ajatella olevan keskeisiä tekijöitä koko palveluketjun ongelmien kannalta. Voidaan esimerkiksi kysyä, miten yhteistyötä vaativa hoito siis voikaan toimia, mikäli potilaalla ei ole kannusteita tai motivaatiota parantumiseen, ja toisaalta palvelujärjestelmällä ei ole kannusteita yhteistyöhön. Edellä mainitun perusteella tutkimuksessa aikaisemmin esitetty (ks. kpl. 6.1.1) Eskelän ym. (2013, 3165–3167) väittämä, että runsaasti eri palveluja ja palvelukokonaisuuksia käyttäville potilaille funktionaalisesti organisoitu järjestelmä sopii huonosti potilastietojen hajaantumisen ja kokonaiskuvan ja vastuun puuttumisen takia, on hieman harhaanjohtava. Funktionaalinen organisaatio ei siis itseisarvoltaan ole epäsovelias näiden potilaiden hoitamiseen, vaan kyse on enemmänkin siitä, miten tätä funktionaalista organisaatiota johdetaan. On totta, että palveluketjuissa havaitut ongelmat, kuten hajautetut tietojärjestelmät ja henkilöstön kapea näkökulma ovat osittain toiminnan funktionaalisen organisoimisen seurausta. On kuitenkin tärkeä ymmärtää, että näiden ongelmien voidaan myös nähdä olevan seurausta koko terveydenhuoltomarkkinoiden erityispiirteistä ja palvelujärjestelmän toiminnasta ja johtamisesta. Terveydenhuollon markkinoihin kuuluu oleellisena osana ns. ”pehmeän budjetin rajoitteet”, jolloin valtio toimii käytännössä toiminnan viimeisenä rahoittajana.

Tämän seurauksena julkisen sektorin sosiaali- ja terveydenhuoltoyksiköillä ei ole samanlaisia kannusteita kehittää toimintaansa, kuin esimerkiksi yksityisellä sektorilla, jossa riskinä on aina konkurssi. Toisaalta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä olevien palveluyksiköiden rahoitus ei perustu koko palvelujärjestelmän toimintaan tai potilaille tuotettuihin terveysvaikutuksiin, vaan enemmänkin yksittäisen palveluyksikön tekemiin suoritteisiin. Tämän lisäksi henkilöstön palkkauskaan ei perustu potilaille tuotettuihin terveysvaikutuksiin, joten taloudellisia kannusteita toiminnan kehittämiseen ei käytännössä ole. Puhtaan taloudellisesti ajateltuna yhteistyö muiden palveluyksiköiden kanssa voidaan siis palveluyksiköiden johdossa nähdä vain ylimääräisenä kustannuksena, joka vähentää yksikön tuottavuutta ja kustannustehokkuutta.

Kaksoisdiagnoosipotilaiden palveluketjujen ongelmien ja niiden syiden analysoinnin jälkeen voidaan hahmotella niitä mekanismeja, joilla PPPR-projektissa luodut uudet palvelumallit vaikuttavat potilaiden hoidon kustannustehokkuuteen ja kustannusvaikuttavuuteen. Käytännössä tätä voidaan havainnollistaa sillä, mitä palveluketjujen ongelmia projekti pyrkii korjaamaan ja miten nämä korjaukset vaikuttavat potilaiden hoidon kustannuksiin ja heille aiheutuviin vaikutuksiin. Seuraavassa taulukossa esitetään ne alueet, joihin PPPR-projektin uudet palvelumallit erityisesti vaikuttavat. Taulukko on rakennettu samalla jaottelulla kuin taulukko 7, jotta ongelmien ja kehitysalueiden vertailu olisi mahdollisimman selkeää.

Taulukko 8 PPPR-projektin palvelumallien vaikutukset palveluketjuissa havaittuihin ongelmiin

Näkökulmat				
Vaikutukset	Henkilöstö-näkökulma	Prosessi-näkökulma	Asiakas-näkökulma	Vaikuttavuus-näkökulma
1. Vaikutukset tarpeiden tunnistukseen liittyviin ongelmiin	Moniammatillinen tiimi laajentaa henkilöstön näkökulmaa. Tiimillä on käytössä ajantasaisempaa informaatiota.	Tuo standardoidun menettelytavan tarpeiden tunnistamiseen. Vähentää potilaan turhaa siirtelyä ja samojen asioiden toistamista.	Edesauttaa potilaiden hakeutumista hoitoon. Potilaan toiveet otetaan paremmin huomioon.	Erilliset arvoketjut yhdistetään.
2. Vaikutukset palveluketjun koordinoitiin liittyvät ongelmiin	Tuo kokonaisvastuuta koordinoitiin. Palvelukentän tuntemus kasvaa. Parantaa tiedonkulkua eri ammattiryhmien välillä.	Hoito aloitetaan oikealla toimintamallilla. Tuo johtajuutta myös toimintayksiköiden väliseen toimintaan.	Voi vähentää palveluiden ali-, yli- ja väärinkäyttöä sekä lisätä sitoutumista hoitoon.	Vähennetään arvoketjun katkeamisen todennäköisyyttä.
3. Vaikutukset muihin ongelmiin	-	-	Voi vähentää potilaiden leimautumisen pelkoa.	Kehittää hoidon vaikuttavuuden mittautapoja.

PPPR-projektin uusien palvelumallien tavoitteena on luoda matalan kynnyksen palveluita, eli potilas voi hakeutua hoitoon omasta aloitteestaan, omaisen ohjaamana, terveydenhuollon ammattilaisen tai sosiaalityöntekijän ohjaaman sekä muun viranomaisen tai ammattilaisen ohjaamana. Itse palvelumalleissa potilaan tarpeiden kartoitus tapahtuu moniammatillisena yhteistyönä, eli paikalla voivat olla esimerkiksi sosiaalityöntekijä, terveydenhoitaja ja lääkäri. Nämä seikat vaikuttavat erityisesti taulukossa 8 esiteltyihin tarpeiden tunnistamiseen liittyviin ongelmiin. Moniammatillinen tiimi laajentaa henkilöstön näkökulmaa yhdistämällä eri ammattiryhmien näkemyksiä ja parantamalla näin potilaan tarpeiden kokonaisvaltaista tunnistamista. Toisaalta moniammatillisella tiimillä on käytössään ajantasaisempaa informaatiota potilaan tilasta, koska tarpeiden kartoitus tehdään tarvittaessa monen eri tapaamisen aikana. Uudet palvelumallit parantavat myös jossain määrin asiakasnäkökulman puutteen ongelmia ottamalla potilaan mukaan hoidon tavoitteiden ja tarpeiden tunnistamiseen sekä määrittelyyn. Asiakasnäkökulman parantaminen sekä palveluiden matala kynnys voivat myös nopeuttaa potilaiden hoitoon hakeutumista sekä helpottaa heidän omien tarpeidensa esiintuomista. Moniammatillisen tiimityön tavoitteena on myös potilaan tarpeiden kartoitukseen liittyvien menettelytapo-

jen standardointi, kuten esimerkiksi erilaisten kyselyiden ja testien kehittäminen. Lisäksi tarpeiden tunnistamisen ja hoidon suunnittelun keskittäminen yhdelle tiimille voi vähentää potilaan turhaa siirtelyä ja samojen asioiden toistamista ennen itse hoidon aloittamista.

Tarpeiden tunnistamiseen liittyvien ongelmien parantaminen poistaa jo itsessään joitain palveluketjun koordinointiin liittyviä ongelmia. Esimerkiksi potilaiden ottaminen mukaan hoidon suunnitteluun voi parantaa heidän sitoutumistaan hoitoon, joka osaltaan voi vähentää palveluiden ali-, yli- ja väärinkäytön ongelmia. Moniammatillisen tiimin tuoma monialainen asiantuntijuus lisää palvelukentän tuntemusta, jolloin potilas saadaan ohjattua oikeanlaisiin palveluihin. Palvelukentän parempi tunteminen ja potilaiden sitoutuminen suunniteltuun hoitoon parantaa myös palveluketjun allokatiivista tehokkuutta, jos eri vaihtoehtoista saadaan valittua halvimmat mahdolliset palvelut. Uusien palvelumallien jatkotyöskentelyn ja seurannan tarkoituksena on poistaa palveluketjuissa havaittu ongelma kokonaisvastuun puutteesta keskittämällä tämä vastuu asiaan nimetylle työntekijälle. Tällä parannetaan osittain myös tiedonkulun ongelmia palveluketjun sisällä, koska tiedonvälittäminen ei ole vain potilaan vastuulla.

Uusien palvelumallien toiminta on lähellä Lillrankin ym. (2010) määrittelemää projektin toimintamallista, joka määritelmien mukaisesti soveltuu hyvin juuri kaksoisdiagnoosipotilaille. Tarpeiden tunnistamisen ja palveluketjun koordinoinnin ongelmat johtivat aikaisemmin siihen, että potilaita hoidettiin monilla eri toimintamalleilla, jotka eivät täysin sopineet heidän tarpeisiinsa. Nyt tavoitteena on siis se, että paremman tarpeiden tunnistamisen avulla yhä suurempi osa potilaista saisi tarpeidensa mukaista hoitoa. Paremmiin asiakkaiden tarpeisiin räätälöidyn hoidon ajatellaan vähentävän potilaan palveluiden tarvetta tulevaisuudessa, jolloin heidän hoitoaan voidaan jatkaa esimerkiksi vähemmän resursseja kuluttavilla hoitamisen tai parantamisen toimintamalleilla. Tällä logiikalla PPPR-projektin uusien palvelumallien tavoittelema parannus potilaiden hoidon kustannusvaikuttavuuteen ja -tehokkuuteen toteutuu todellisuudessa vasta projektin jälkeen monen vuoden kuluessa, mikäli potilaiden palveluiden tarve vähenee ja hoidon vaikuttavuus pysyy vähintään samana. Samalla tavoin, kuin yksittäisen palvelun kustannustehokkuudella ei ole suurta merkitystä verrattuna potilaan koko palveluketjun kustannustehokkuuteen (ks. kpl. 6.5), ei myöskään uusien palvelumallien kustannustehokkuudella ole suurta merkitystä verrattuna potilaalle mahdollisesti monen vuosikymmenen varrella muodostuvien palveluketjujen kustannustehokkuuteen. Kustannustehokkuus voi siis parantua paljonkin lyhyellä aikavälillä, kun sekä tekninen tehokkuus, että allokatiivinen tehokkuus paranevat. Tekninen tehokkuus paranee, kun potilaan tarpeet tunnistetaan kokonaisvaltaisemmin ja näiden tarpeiden pohjalta suunnitellaan vaikuttavin mahdollinen palveluketju. Allokatiivinen tehokkuus paranee kun tämä palveluketju suunnitellaan lisäksi siten, että mahdollisuuksien rajoissa käytetään halvimpia korvaavia resursseja. Todelliset kustannussäästöt saavutetaan kuitenkin vasta sen jälkeen, kun po-

tilas poistuu uusien palvelumallien hoidon piiristä, mikäli hänen palveluiden tarpeensa vähenee.

Palveluiden tarpeen nähdään olevan riippuvainen hoidon vaikuttavuudesta. Mikäli esimerkiksi potilaan elämänlaatua saadaan parannettua uusilla palvelumalleilla, kasvaa myös todennäköisyys sille, että potilas käyttää tulevaisuudessa vähemmän sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Palveluiden käytölle on olemassa tietenkin myös muita syitä, kuten potilaiden yksilöllinen kynnys hakeutua eri palveluihin, joka ei välttämättä riipu heidän elämänlaadustaan mitenkään. Näihin asioihin PPPR-projektin on kuitenkin vaikea vaikuttaa. Käytännössä uudet palvelumallit voidaan siis nähdä investointina, jonka tulevaisuuden mahdolliset tuotot ovat potilaiden vähentyneestä palveluntarpeesta syntyvät kustannussäästöt ja parantunut elämänlaatu. Tällöin ongelmana on siis se, millä panosten määrällä maksimoidaan tulevaisuuden kustannussäästöt. Potilaat ovat lisäksi yksilöllisiä siten, että yhden potilaan tulevaisuuden palveluntarpeeseen voidaan vaikuttaa paljonkin melko pienillä panostuksilla, kun taas toisen potilaan palveluntarve ei välttämättä vähene suurillakaan panostuksilla. Toisaalta yhden potilaan vähentyneestä palveluntarpeesta syntyvät kustannussäästöt voivat kattaa myös tästä toisesta potilaasta koituvat kustannukset.

Yhteenvedona voidaan sanoa, että PPPR-projektin luomat uudet palvelumallit kohdistuvat melko hyvin kaksoisdiagnoosipotilaiden palveluketjujen ongelmiin. Palvelumalleilla ei vaikuteta kaikkiin havaittuihin ongelmiin, mutta sillä on potentiaalia parantaa palveluketjujen kustannustehokkuutta ja -vaikuttavuutta niin lyhyellä, kuin pitkälläkin aikavälillä. Tämä perustuu siihen, että uudet palvelumallit keskittyvät erityisesti potilaiden tarpeiden kokonaisvaltaiseen tunnistamiseen, joka on aikaisemmin ollut monen potilaan palveluketjun pullonkaulana ja vaikuttanut osaltaan siihen, että potilaita on hoidettu väärin ja heidän sitoutumisensa hoitoon on ollut huonoa. Uusien palvelumallien mukana palveluketjuihin saadaan myös kokonaisvastuuta, jolloin hoidon jatkuvuus ja tiedonvälitys eivät ole vain potilaan vastuulla. Projektin ongelmat liittyvät siihen, että se ei käytännössä vaikuta ollenkaan ongelmien taustalla oleviin tekijöihin, kuten ammatilliseen koulutukseen, tietosuojalakeihin ja henkilöstön kannusteisiin, jolloin vaarana on, että muutoksesta tulee lyhytkestoista. Joitain palveluketjun ongelmia on lisäksi mahdoton ratkoa. Tällaisia ongelmia ovat esimerkiksi, että potilaat reagoivat eri tavalla saamiinsa hoitoihin, kustannusvaikuttavuutta on vaikea arvioida luotettavasti, palveluketjua ei voida suunnitella kovin pitkälle etukäteen ja palveluketjujen päätöspistettä on vaikea määritellä yksiselitteisesti.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA TUTKIMUKSEN ARVIOINTI

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mitä ongelmia kaksoisdiagnoosipotilaiden palveluketjuissa voidaan havaita, sekä miten PPPR-projektin uudet palvelumallit pyrkivät korjaamaan näitä ongelmia. Saadut tulokset ovat linjassa aikaisempien asiaan liittyvien tutkimusten (ks. esim. Eskelä ym. 2013) tulosten kanssa, joiden mukaan funktionaalisesti organisoidut sosiaali- ja terveysterveystoimet soveltuvat huonosti palveluiden suurkuluttajille. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella pelkästään toimintojen funktionaalista organisointia ei kuitenkaan voida pitää palveluketjuissa havaittujen ongelmien syynä, vaan taustalla on monia eri asioita liittyen esimerkiksi terveysterveystoimien johtamiseen, henkilöstön kannusteisiin, koulutukseen sekä lainsäädäntöön. Tulosten perusteella PPPR-projektin uusia palvelumalleja voidaankin pitää melko hyvänä ratkaisuna kaksoisdiagnoosipotilaiden palveluketjujen ongelmiin. Uusissa palvelumalleissa käytetty yksilökohtaisen palveluohjauksen menetelmä on myös aikaisemmissa tutkimuksissa havaittu toimivaksi ratkaisuksi ja sen avulla potilaita on saatu entistä helpommalla tyytyväisemmiksi ja paremmin selviytyviksi (Ala-Nikkola & Sipilä 1996).

Ala-Nikkolan ja Sipilän (1996) mukaan yksilökohtainen palveluohjaus saattaa kuitenkin myös vain piilottaa väliaikaisesti prosesseissa olevat sisäänrakennetut ongelmat ja kiistat. Tämä riski on olemassa myös PPPR-projektissa. Vaikka uudet palvelumallit korjaavatkin tehokkaasti joitain palveluketjuissa havaittuja ongelmia, voidaan perustellusti väittää, että kehittämistoimenpiteet kohdistuvat enemmän palveluketjujen ”oireisiin”, kuin itse ”sairauteen”. Esimerkiksi moniammatillisen tiimin käyttö poistaa tehokkaasti potilaan tarpeiden tunnistamiseen liittyviä ongelmia, kuten henkilöstön kapeaa näkökulmaa sekä osaamisen ja ajantasaisen informaation puutetta. Se ei kuitenkaan vaikuta siihen, miksi henkilöstön näkökulma on alun perin ollut kapea tai osaamisessa on ollut puutteita. Toisaalta palveluketjun koordinoinnin ongelmat lievenevät, kun jollain taholla on kokonaisvastuu sen toiminnasta. Tämä kokonaisvastuu ei kuitenkaan poista kaikkia palveluketjun koordinoinnin ongelmia, kuten henkilöstön kannusteiden puutetta yhteistyöhön sekä kommunikointiongelmia eri ammattiryhmien välillä.

Jollain tasolla PPPR-projektin uudet palvelumallit ovat palvelujärjestelmän päälle liimattuja ratkaisuja, jotka kohdistuvat ongelmien näkyviin syihin eikä niinkään niiden taustalla oleviin suurempiin rakenteellisiin ongelmiin. Voidaankin kysyä, onko palvelujärjestelmä itsessään toimiva, mikäli tarvitaan erillinen tiimi tunnistamaan potilaan tarpeet ja koordinoimaan hänen palveluketjunsä läpi palvelujärjestelmän. Yksinkertaistaen tilannetta voidaan verrata esimerkiksi ruokakauppaan, joka olisi suunniteltu niin monimutkaiseksi, että kaikki asiakkaat eivät löytäisi haluamiaan ostoksia. Tällöin voidaan kysyä olisiko tehokkainta yksinkertaistaa tuotteiden asettelua ja sisustusta, vai asettaa sisäänkäynnillä erityinen tiimi, joka kartoittaa mitä asiakas haluaa ostaa ja sen jälkeen ohjaa hänet kaupan läpi. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän ongelmat

ovat kuitenkin niin monimutkaisia ja sisäänrakennettuja, että niiden poistamiseen voi mennä vuosia ja suurempiin kehitystoimenpiteisiin tarvitaan myös lakimuutoksia. Tässä suhteessa PPPR-projektissa kehiteltyjä uusia palvelumalleja voidaan pitää hyvänä ratkaisuna lyhyellä aikavälillä, mutta pitkällä aikavälillä olisi syytä myös miettiä, miten palvelujärjestelmä saataisiin toimimaan kokonaisuutena tehokkaammin. Voi tietenkin myös olla, että potilaat joilla on lukuisia ongelmia ja paljon palvelutarpeita, tarvitsevat joka tapauksessa myös erityistä ohjausta.

Palvelujärjestelmän rakenteellisia kehittämistoimenpiteitä on jo näkyvissä. Esimerkiksi Turun yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa on alettu kouluttamaan tulevia lääkäreitä ja sosiaalityöntekijöitä yhdessä. Yhteisessä opintokokonaisuudessa käsitellään esimerkiksi muistia, päihteitä, depressiota, aivovammoja ja kipuja. (Soininen 2014.) Tämän voidaan ajatella olevan juuri sellaista toiminnan kehittämistä, jolla on positiivisia vaikutuksia esimerkiksi kaksoisdiagnoosipotilaiden palveluketjujen ongelmiin pitkällä aikavälillä. Eri ammattiryhmien yhteinen kouluttaminen korjaa tehokkaasti ongelmia liittyen esimerkiksi henkilöstön kapeaan näkökulmaan, osaamisen puutteisiin ja ammattiryhmien välisiin kommunikointiongelmiin.

Helsingin kaupunki on alkanut kokeilemaan Vuosaaren terveyskeskuksessa mallia, jossa eniten apua tarvitsevat saavat sitä tehokkaammin kuin muut. Käytännössä terveyskeskuksen potilaat jaetaan neljään ryhmään sosiaali- ja terveyspalveluiden tarpeen ja arjessa pärjäämisen mukaan. Mallin tavoitteena on terveys- ja hyvinvointierojen tasaaaminen priorisoimalla annettava hoito sen tarpeen mukaan. Vuosaaren malli on hyvin samankaltainen kuin PPPR-projektissa käytetty malli. Perusajatuksena on, että ihmistä mietitään kokonaisuutena. On sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen vastuulla ”napata ihmisestä koppi”. Kaikkein heikoimmassa asemassa olevat potilaat kuuluvat ns. ”huolenpitoasiakkaiden”-ryhmään, joilla arjessa pärjääminen on vaikeaa ja, jotka tarvitsevat palveluita usein. Tähän ryhmään kuuluvat esimerkiksi ne potilaat, joilla on sekä päihdeongelma että mielenterveysongelma. Heidän kohdallaan esimerkiksi lääkäri ja sosiaalityöntekijä voivat yhdessä selvittää potilaan tilan ja tarpeet kokonaisvaltaisesti. (Aalto 2015.)

Vuosaarella kokeiltava malli on siis hyvin lähellä PPPR-projektissa kehiteltyjä uusia palvelumalleja, mutta Vuosaaren mallin tavoitteena on segmentoida kaikki potilaat tarpeidensa mukaiseen hoitoon. Tämä voisi olla tarpeellista myös Turussa. Esimerkiksi Turun sosiaali- ja terveystoimen potilasvirta-analyysin (2012) mukaan eri palveluiden ohjaus- ja hoitomallien tulisi perustua potilaiden segmentointiin heidän tarpeidensa perusteella. Kaksoisdiagnoosipotilaat eivät siis ole ainoita potilaita, joiden palveluketjuissa on ongelmia, vaan tässä tutkimuksessa havaitut ongelmat voivat koskea kaikkia niitä potilaita, joiden hoidossa tarvitaan eri palveluiden yhteistyötä ja jonkinasteista kokonaisvastuuta palveluketjun koordinoinnissa. Segmentoinnin tavoitteena on toisaalta myös tarjota esimerkiksi sähköisiä palveluita paremmin pärjääville ja vähemmän palve-

luita tarvitseville potilaille (Aalto 2015). Tavoitteena ei siis ole, että resurssit jaettaisiin kaikille tasapuolisesti, vaan pikemminkin niin, että vähemmän palveluita tarvitseville ja arjessa hyvin pärjääville potilaille tarjotaan riisutumpia ja halvempia palveluita, kuin paljon palveluita tarvitseville ja huonosti arjessa pärjääville potilaille. PPPR-projektin vaikutuksia ei siis tulisi arvioida tyhjiössä, vaan yhtä tärkeää on kustannusten vähentäminen niiden potilaiden kohdalla, jotka tarvitsevat palveluita vain harvoin ja satunnaisesti. Resursseja ei yleensä voida suoraan lisätä yhdelle potilassegmentille, jollei niitä ensin vähennetä muusta toiminnasta.

Oman lisänsä tutkimuksen tulosten pohdintaan tuovat viime aikoina esille olleet sosiaali- ja terveydenhuollon palvelumaksujen nousu, sekä valmisteilla oleva sosiaali- ja terveystalouden (lyh. sote) -uudistus. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelumaksut nousivat n. 30 % ja potilaan omavastuu palvelumaksuista nousi n. 679,00 euroon vuoden 2016 alussa. Kunnat saavat kuitenkin päättää palvelumaksujen korotuksesta itsenäisesti. Korotus koskee käytännössä kaikkia maksuja, kuten terveyskeskus- ja poliklinikka-käynneistä perittäviä maksuja. Yle:n haastatteleman THL:n tutkimusprofessori Pasi Moision mukaan palvelumaksuilla on kaksi tarkoitusta. Niillä kerätään osa palvelun tuotantokustannuksista, mutta ne toimivat myös ohjausmekanismina, jotta potilaat käyttäisivät palveluita vain tarpeen vaatiessa. Hänen mukaansa nyt tehdyt korotukset ovat niin suuria, että jotkin potilaat eivät välttämättä enää hae tarvitsemaansa palvelua, koska heillä ei siihen varaa. (Seppänen 2015.) Kun palvelumaksujen nousua tarkastellaan tämän tutkimuksen tulosten kanssa, voidaan ajatella, että sillä on vaikutuksia palveluiden alikäytön ja väärinkäytön ongelmiin. Suurempi osa potilaista voi jättäytyä palveluiden ulkopuolelle tai ohjautua vääränlaisiin, mutta halvempiin palveluihin. Tämä kehitys ei välttämättä ole suotuisa kaksoisdiagnoosipotilaiden kannalta, koska he kuuluvat juuri siihen kaikkein heikoimmassa asemassa olevien ryhmään, johon maksujen korotukset kohdistuvat eniten. Tämän tutkimuksen näkökulmasta palvelumaksujen nostamista voidaan pitää melko keinotekoisena ja lyhytkatseisena ratkaisuna kustannusten säästämiseksi. Tavoitteena ei siis pitäisi olla kustannusten minimointi lyhyellä aikavälillä, vaan vaikuttavuuden, kuten väestön terveydentilan ja yleisen hyvinvoinnin, maksimointi. Näin olisi mahdollista saavuttaa kustannussäästöjä myös pidemmällä aikavälillä.

Valmisteilla oleva sote-uudistus ei myöskään ole välttämättä kaikilta osin suotuisa kaksoisdiagnoosipotilaiden sekä muiden palveluiden suurkuluttajien kannalta. Kaikki sote-uudistuksen yksityiskohdat eivät ole vielä tätä kirjoittaessa selvillä, mutta erinäisiä arvioita tulevasta on tehty jo julkisuuteen tulleiden tietojen perusteella. Esimerkiksi Seija Holtari (2015) hahmotteli Suomen uutta sote-mallia Talouselämä-verkkolehden julkaisussa hallituksen aikaisemmin antamien peruslinjausten avulla. Holtarin mukaan näitä peruslinjauksia ovat potilaiden valinnanvapauden lisääminen palveluiden valinnassa, palveluiden saatavuuden parantaminen, jonojen lyhentäminen sekä kustannusten kasvun rajoittaminen. Valinnanvapautta tullaan Talouselämän mukaan todennäköisesti

lisäämään palvelusetelien käytön laajentamisella sekä yksityisten terveysasemien ja muiden palveluntarjoajien määrän lisäämisellä erityisesti kasvukeskuksissa. Näiden ratkaisujen pitäisi vaikuttaa myös palveluiden saatavuuteen ja jonoihin sekä osittain myös kustannuksiin kilpailun lisääntyessä. Tämän lisäksi Holtari arvioi, että jotkin palvelut putoavat pois palveluvalikoimasta tai niiden rahoitus pienenee, yksityisten lääkärikäyntien ja lääkkeiden Kela-korvaukset pienenevät sekä väestön oma vastuu terveydestään kasvaa esimerkiksi uusien digitaalisten palveluiden avulla. (Holtari 2015.) Valinnanvapauden lisääminen palvelusetelien käytön laajentamisella sekä uusien toimijoiden ottamisella markkinoille voi olla jopa haitallista esimerkiksi kaksoisdiagnoosipotilaiden kannalta. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella nämä potilaat tarvitsisivat pikemmin vähemmän vaihtoehtoja ja selkeämmän palvelutarjonnan. Lisäksi esimerkiksi palvelusetelien käyttöönotto ei välttämättä toimi näiden potilaiden kohdalla, koska he eivät usein tiedä, mikä vaihtoehto on heille paras. Näin ollen valinnanvapauden lisääminen näiden keinojen avulla voi kärjistää joitain kappaleessa 5.6 esitellyjä palveluketjun ongelmia, kuten potilaiden turhaa siirtelyä, palveluiden ali- yli- ja väärinkäyttöä ja kommunikointiongelmia eri ammattiryhmien välillä.

Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan tulkita myös niin, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän ongelmat ovat niin monitahoisia ja politisoituneita, että sitä on vaikea saada soveltumaan hyvin koko väestölle. PPPR-projektissa luodut uudet palvelumallit voidaan nähdä siis yrityksenä taivuttaa palvelujärjestelmä suorittamaan sellaisia asioita, joita se ei luonnostaan tee hyvin. Tästä seuraa periaatteellinen kysymys siitä, tulisiko jokin potilasryhmä, kuten esimerkiksi kaksoisdiagnoosipotilaat, siirtää kokonaan omaan järjestelmäänsä tai osaksi laajempia mielenterveys- ja päihdepalveluita. Tämä voisi tapahtua esimerkiksi niin, että heille perustettaisiin oma palveluyksikkönsä, joka tarjoaisi kaikkia niitä palveluita, joita juuri nämä potilaat tarvitsevat. Kun koko palveluketju tai suuri osa siitä suoritettaisiin samassa yksikössä, saataisiin poistettua melko suuri osa tässä tutkimuksessa havaituista palveluketjujen ongelmista. Tällöin muun palvelujärjestelmän vastuulle jäisi näiden potilaiden tunnistaminen ja ohjaaminen kyseiseen palveluyksikköön. Tässäkin vaihtoehdossa on tietysti omat merkittävät ongelmansa. Kaikkia potilaita ei esimerkiksi mitenkään saada samaan toimintayksikköön kustannustehokkaasti, ottaen huomioon esimerkiksi asiointietäisyydet. Kaksoisdiagnoosipotilailla voi myös olla paljon muitakin sosiaali- ja terveydenhuollon tarpeita, kuin vain päihde- ja mielenterveyshoito, joten kaikkia tarvittavia palveluita ei ole mahdollista keskittää yhteen toimintayksikköön järkevästi.

Tässä kappaleessa esitetyt laajemmat kehityssuuntaukset sosiaali- ja terveydenhuollossa mukailevat tutkimuksessa saatuja tuloksia. Kaksoisdiagnoosipotilaiden ja muiden palveluiden suurkuluttajien hoidossa ja palveluketjuissa on siis myös laajemmin havaittu olevan ongelmia. Tämän tutkimuksen tulokset syventävät tätä tietoa ja ovat osin yleistettävissä Turun kaupungin lisäksi myös muihin Suomen suurimpiin kaupun-

keihin palvelujärjestelmien samankaltaisuuden vuoksi. Tulosten validiteettia lisää niiden loogisuus suhteessa aikaisempaan tietoon. Tutkimuksen menetelmien validiteettia on pyritty parantamaan esittämällä aineisto kokonaisuudessaan analysointikappaleissa ja avaamalla ne päättelyketjut, joilla tuloksiin on päädytty. Näin periaatteessa kuka tahansa voi toistaa tutkimuksen niin halutessaan. Validiteettia on lisäksi pyritty parantamaan tarkastelemalla aineistoa monesta eri näkökulmasta melko laajan teoriapohjan avulla.

Saatuja tuloksia ei siis voida pitää sattumanvaraisina, vaan niihin voidaan päätyä monesta eri näkökulmasta. Valittu tutkimusmenetelmä, eli laadullinen tapaustutkimus, soveltuu hyvin tutkimuksen tarkoituksiin, koska tutkittava ilmiö ja tulokset ovat hyvin monimuotoisia ja yhtä syvällistä näkemystä olisi vaikea saavuttaa esimerkiksi tilastollisin menetelmin. Tämä on kuitenkin myös tutkimuksen yksi haasteista. Esimerkkitapausten pohjalta havainnoitujen palveluketjujen ongelmien yleisyyttä ei voida arvioida tämän tutkimuksen pohjalta. Ei siis voida suoraan todeta, onko yksi ongelma yleisempi kuin toinen. Toisaalta jotkin havainnoituista ongelmista voivat olla melko harvinaisia tai marginaalisia, kun taas joitain olemassa olevia ongelmia ei välttämättä ole edes esiintynyt esimerkkitapauksissa ja ne ovat näin ollen jääneet havainnoimatta.

Esimerkkitapausten tavoitteena on palveluketjun ongelmien esittäminen käytännön tilanteissa. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, ettei täysin ongelmattomien palveluketjujen esiintyminen olisi mahdollista. Esimerkkitapausten pohjalta voidaan siis havainnoida palveluketjujen ongelmia ja analysoida niiden syitä kuvatuissa tilanteissa, mutta ei muissa tilanteissa. Tulosten reliabiliteettia vähentää, että ei täysin tiedetä, kuinka suurta osaa todellisuudesta esimerkkitapauksissa kuvataan, eli kuinka edustava otos koko populaatiosta on saatu. Esimerkkitapaukset on kuitenkin rakennettu alan asiantuntijoiden toimesta ja ne pohjautuvat moniin todellisiin potilastapauksiin. Tämä osaltaan lisää tutkimuksen reliabiliteettia, eli tutkimuksessa käytettyä menetelmää voidaan kuitenkin pitää melko luotettavana ja toistettavana tapana mitata haluttua ilmiötä.

Tämä tutkimus suoritettiin kvalitatiivisena tapaustutkimuksena, joten mahdollisissa jatkotutkimuksissa olisi hyvä soveltaa myös kvantitatiivista dataa. Mahdollisia jatkotutkimuskysymyksiä ovat esimerkiksi:

- Miten palveluiden käytön kustannukset muuttuivat potilaskohtaisesti PPPR-projektin uusien palvelumallien seurauksena?
- Miten hoidon vaikuttavuus muuttui potilaskohtaisesti uusien palvelumallien seurauksena?
- Miten hoidon kustannusvaikuttavuus muuttui PPPR-projektin kohderyhmällä uusien palvelumallien seurauksena?

Toisaalta tässä tutkimuksessa havaittuja palveluketjujen ongelmia olisi syytä tutkia tarkemmin myös kvantitatiivisesti. Jatkotutkimuksia tarvitaan esimerkiksi työn-

tekijöiden kannustinjärjestelmistä, koska on tärkeää selvittää miten työntekijöiden kannusteita keskinäiseen yhteistyöhön potilaiden palveluketjussa voitaisiin lisätä.

8 YHTEENVETO

Tämä tutkimus tehtiin toimeksiantona Turun kaupungin hyvinvointitoimialan Palvelumuotoilulla Parempia Palveluita Riskiryhmille (PPPR) -projektille. Projektin tavoitteena on kehittää sosiaali- ja terveystalvaeluita vastaamaan paremmin palveluiden suurkäyttäjien, erityisesti päihde- ja mielenterveyspotilaiden tarpeita (PPPR-projektin tarkennettu hankesuunnitelma 2013, 1). Projektin taustalla on tutkimus- ja havaintotieto siitä, että pieni osa sosiaali- ja terveystalvaeluiden potilaista käyttää valtaosan palveluista. Päihde- ja mielenterveyspotilaiden hoito on haasteellista erityisesti siksi, että palvelujärjestelmän toiminta on organisaatiolähtöistä, eikä prosesseja tarkastella potilaan näkökulmasta. (PPPR-projektin tarkennettu hankesuunnitelma 2013, 1.)

PPPR-projektissa on kehitetty moniammatilliseen yhteistyöhön perustuvia uusia palvelumalleja perusterveydenhuollon ja sosiaalityön palvelujen toimintaympäristöihin. Palvelumalleja on pilotoitu Runosmäen ja Mäntymäen terveystasemilla, joissa on nou-datettu kahta, hieman toisistaan eroavaa, toimintatapaa. Runosmäen terveystasemalla on pilotoitu omatiimiksi nimettyä moniammatillista sosiaalityöntekijän, terveydenhoitajan ja lääkärin yhteistyöhön perustuvaa toimintamallia. Mäntymäen terveystasemalla on puolestaan pilotoitu palvatiimiksi nimettyä sosiaalityöntekijän ja psykiatrisen sairaan-hoitajan tai terveydenhoitajan yhteistyöhön perustuvaa palveluohjauksellista työotetta.

Tutkimus on osa PPPR-projektin laajempaa arviointia ja se keskittyy analysoimaan kaksoisdiagnoosipotilaiden aikaisempien palveluketjujen ongelmia ja niitä mekanis-meja, joilla PPPR-projektin uudet palvelumallit pyrkivät parantamaan palveluketjujen kustannustehokkuutta ja -vaikuttavuutta. Tutkimuksen avulla voidaan tunnistaa myös niitä alueita tai ongelmia, joihin projektissa ei vielä ole vaikutettu tai, joihin ei edes voi-da vaikuttaa. Tulosten pohjalta voidaan toisaalta myös osittain arvioida PPPR-projektin onnistumista tai sen mahdollisuuksia toiminnan parantamiseen. Tutkimuskysymykset olivat seuraavat:

1. Mitä ongelmia päihde- ja mielenterveyspotilaiden palveluketjuissa voidaan ha-vaita?
2. Millä mekanismeilla PPPR-projektin uudet palvelumallit pyrkivät parantamaan palveluketjujen kustannustehokkuutta ja -vaikuttavuutta?

Tutkimuskysymyksiin vastaamiseksi tutkimuksen teoriaosuus jaettiin kahteen laa-jempaan kokonaisuuteen. Kappaleessa 2 käsitellään sosiaali- ja terveydenhuoltoalan toimintaympäristöä, kuten markkinoiden erityispiirteitä, palveluiden järjestämistapaa ja mielenterveys- ja päihdepalvelujen rakennetta, sekä sosiaali- ja terveydenhuoltoalan palveluketjujen ja –prosessien erityispiirteitä, palvelutuotannon eri muotoja ja henki-löstön toimintatapoja. Kappaleen tarkoituksena on luoda tarkka konteksti aineiston ana-lysoinnille ja tutkittavan ilmiön ymmärtämiselle. Kappaleessa 3 käsitellään palvelu-

ketjujen suorituskykyyn liittyvät kokonaisuudet, kuten tuottavuus, tehokkuus ja vaikuttavuus, sekä laadun erilaiset määritelmät. Kappaleen tarkoituksena on luoda teoreettinen viitekehys ongelmien analysoinnille ja esitellä aiheeseen liittyvä käsitteistö.

Tutkimuksen empiirinen osa alkoi kaksoisdiagnoosipotilaiden palvelukentän kuvauksella. Osion tavoitteena oli havainnollistaa hoitoon osallistuvan funktionaalisen organisaation laajuus ja monimutkaisuus. Monimutkaisuus seuraa erityisesti toiminnan funktionaalisesta järjestämistavasta sekä monituottajamallista, jossa hoitoon osallistuu palveluntuottajia niin julkiselta, yksityiseltä, kuin kolmanneltakin sektorilta.

Palvelukentän esittelyn jälkeen palveluketjujen ongelmia analysoitiin esimerkkitapausten avulla henkilöstö-, prosessi-, asiakas- ja vaikuttavuusnäkökulmista. Havaittujen ongelmien yhteenveto on esitelty taulukossa 8 kappaleessa 6.6. Päällimmäiset ongelmat henkilöstönäkökulmasta liittyivät siihen, että henkilöstöllä on taipumusta tarkastella potilaan tilannetta melko kapeasta näkökulmasta, oman erityisosaamisensa pohjalta. Tähän ongelmaan liittyy, että saatavilla ei useinkaan ole ajantasaista informaatiota potilaan terveydentilasta tai hoitohistoriasta. Toisaalta henkilöstöllä ei ole välttämättä kannusteita käyttää rajallista aikaansa hoidon koordinointiin yli yksikkö- tai organisaatorajojen. Hoidon koordinoitua vaikeuttavat henkilöstön näkökulmasta myös esimerkiksi eri ammattiryhmien väliset erot ja tästä osittain seuraavat kommunikointiongelmat. Myös tietosuojalait vaikeuttavat tiedonkulkua eri palveluyksiköiden välillä.

Prosessinäkökulmasta ongelmat liittyivät erityisesti siihen, että potilaiden tarpeiden tunnistamiselle tai hoidon koordinoinnille ei ole olemassa standardoituja tai suunniteltuja prosesseja. Prosessinäkökulman ongelmat ovat lähtökohtaisesti seurausta henkilöstön ongelmista, koska sosiaali- ja terveydenhuollon prosessit ovat erittäin työvoimavaltaisia. Esimerkiksi henkilöstön kommunikointiongelmat voivat johtaa siihen, että potilasta siirrellään tarpeettomasti eri palveluyksiköiden välillä. Ongelmat liittyvät kuitenkin myös siihen, että sosiaali- ja terveydenhuollon johtaminen keskittyy usein palveluyksiköiden sisäiseen johtamiseen eikä niinkään johtamiseen yli yksikkörajojen. Toisaalta prosessinäkökulmasta voidaan havaita myös yleisempiä kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon ongelmia, joihin ei käytännössä voida vaikuttaa. Tällaisia ongelmia ovat esimerkiksi, että palveluketjua ei voida suunnitella pitkälle etukäteen ja, että palveluketjulle on vaikea määrittää tiettyä päätöspistettä.

Asiakasnäkökulmasta ongelmat liittyvät siihen, että potilas on usein ainoa, joka näkee koko palveluketjunsä ja tietää koko tilanteensa. Henkilöstö- ja prosessinäkökulmista havaittujen ongelmien johdosta palveluketjun koordinoitua jää usein potilaan vastuulle. Tästä voi seurata monenlaisia ongelmia, kuten palveluiden ali- yli- ja väärinkäyttöä sekä hoitoon sitoutumattomuutta.

Vaikuttavuusnäkökulmasta ongelmana on erityisesti, että kyseisellä potilasryhmällä hoidon vaikuttavuus ei useinkaan ole lineaarista ja vaikuttavuuden mittaaminen ei ole yksiselitteistä. Tämän seurauksena on vaikea määrittellä kuinka paljon resursseja tietyn

vaikuttavuustason saavuttamiseksi on käytettävä. Toisaalta potilaat myös reagoivat eri tavalla saamaansa hoitoon ja hoito saattaa kestää monia vuosia. Lisäksi hoito voi vaikuttaa myös tulevien sukupolvien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden käyttöön. Tästä johtuen hoidon kustannusvaikuttavuutta on vaikea mitata luotettavasti.

Tutkimuksen tulosten perusteella PPPR-projektin uudet palvelumallit korjaavat melko hyvin palveluketjuissa havaittuja ongelmia. Palvelumalleilla ei vaikuteta kaikkiin havaittuihin ongelmiin, mutta sillä on potentiaalia parantaa palveluketjujen kustannustehokkuutta ja -vaikuttavuutta niin lyhyellä kuin pitkälläkin aikavälillä. Tämä perustuu siihen, että uudet palvelumallit keskittyvät erityisesti potilaiden tarpeiden kokonaisvaltaiseen tunnistamiseen, joka on aikaisemmin ollut monen potilaan palveluketjun pulonkaulana ja vaikuttanut osaltaan siihen, että potilaita on hoidettu väärin ja heidän sitoutumisensa hoitoon on ollut huonoa. Uusien palvelumallien mukana palveluketjuihin saadaan myös kokonaisvastuuta, jolloin hoidon jatkuvuus ja tiedonvälitys eivät ole vain potilaan vastuulla. Uusien palvelumallien toiminta onkin lähellä Lillrankin ym. (2010) määritelmää projektin toimintamallista, joka määritelmien mukaisesti soveltuu hyvin juuri kaksoisdiagnoosipotilaille.

PPPR-projektin uusien palvelumallien myötä palveluketjujen kustannustehokkuus voi siis parantua paljonkin lyhyellä aikavälillä, kun sekä tekninen tehokkuus, että alokatiivinen tehokkuus paranevat. Tekninen tehokkuus paranee, kun potilaan tarpeet tunnistetaan kokonaisvaltaisemmin ja näiden tarpeiden pohjalta suunnitellaan mahdollisimman vaikuttava palveluketju. Allokatiivinen tehokkuus paranee kun tämä palveluketju suunnitellaan lisäksi siten, että mahdollisuuksien rajoissa käytetään halvimpia korvaavia resursseja. Todelliset kustannussäästöt saavutetaan kuitenkin vasta sen jälkeen, kun potilas poistuu uusien palvelumallien hoidon piiristä, kun hänen palveluiden tarpeensa vähenee tai poistuu. Käytännössä uudet palvelumallit voidaan siis nähdä investointina, jonka tulevaisuuden mahdolliset tuotot ovat potilaiden vähentyneestä palveluntarpeesta syntyvät kustannussäästöt ja parantunut elämänlaatu.

PPPR-projektin ongelmat liittyvät siihen, että se ei käytännössä vaikuta, eikä voikaan vaikuttaa ongelmien taustalla oleviin tekijöihin, kuten ammatilliseen koulutukseen, tietosuojalakeihin ja henkilöstön kannusteisiin. Lisäksi se vaatii erityisen poikkihallinnollisen toimintatavan, jonka ylläpitäminen muuten funktionaalisesti organisoidussa palvelujärjestelmässä vaatii erityistä huomiota. Nämä ongelmat voivat aiheuttaa sen, että muutoksesta tulee lyhytkestoista.

LÄHTEET

- Aalto, M. (2015) Ei enää samaa hoitoa kaikille – Helsinki antaa jatkossa apua sen mukaan, kuinka ihminen pärjää. Helsingin Sanomat. <<http://www.hs.fi/kaupunki/a1449383104980>>, haettu 9.10.2015.
- Aaltonen, J. (2007) *Determinants of Health Care Expenditures in Finnish Hospital Districts 1993-2005*. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. VATT-keskustelualoitteita 429, Helsinki.
- Ahola, H. – Tuominen, J. (2014) *Palvelumallien vaikuttavuuden arviointi*. Palvelumuotoilulla parempia palveluita riskiryhmille -projektin tutkimussuunnitelma, Turku.
- A-Klinikkasäätiö. <<http://www.a-klinikka.fi/a-klinikksaatio>>, haettu 20.9.2015.
- Ala-Nikkola, M. – Sipilä, J. (1996) Yksilökohtainen palveluohjaus (case management) – uusi ratkaisu palvelujen yhteensovittamisen ikuisiin ongelmiin. Teoksessa: *Moniammatillisuus ja sosiaalityö*, toim. A. Metteri. Sosiaalityön vuosikirja 1996, 16–31. Edita, Helsinki.
- Anttonen, A. – Sipilä, J. (2000) *Suomalaista sosiaalipolitiikkaa*. Vastapaino, Tampere.
- Burns, L. R. – DeGraaff, R. A. – Danzon, P. M. – Kimberly, J. R. – Kissick, W. L. – Pauly, M. V. (2002). The Wharton School study of the health care value chain. Teoksessa: *The health care value chain: producers, purchasers and providers*, toim. Lawton R. Burns, 3–26. Jossey-Bass, San Francisco.
- Chassin, M. R. – Galvin R. W. (1998) The urgent need to improve health care quality. *Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality*, Vol. 260 (11), 1000–1005.
- Cnaan, R. A. (1994) The new American social work gospel: case management of the chronically mentally ill. *The British Journal of Social Work*, Vol. 24, 533–557.
- Cutler, D. M. (2000) Walking the tightrope of medicare reform. *Journal of Economic Perspectives*, Vol. 14, 45–56.
- Davis, M. M. – Heineke, J. (2003) *Managing services. Using technology to create value*. McGraw-Hill, New York.
- Drucker, P. (1963) Managing for business effectiveness. *Harvard Business Review*, Vol 41 (3), 53–60.
- Drummond, M. F. – Sculper, M. J. – Torrance, G. W. – O'Brien, B. J. – Stoddard, G. L. (2005) *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. 3. p. Oxford Medical Publications, Oxford.

- Eisenhardt, K. M. (1989) Building theories from case study research. *Academy of management Review*, Vol. 14 (4), 532–550.
- Engeström, Y. – Saarelma, O. – Launis, K. – Simoila, R. – Punamäki, R. (1991). *Terveyskeskusten uuden työtavan kehittäminen*. Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja 7/1991. VAPK-Kustannus, Helsinki.
- Eriksson, P. – Koistinen, K. (2005) *Monenlainen tapaustutkimus*. Kuluttajatutkimuskeskus. Julkaisuja 4/2005. Savon Kirjapaino Oy, Kerava.
- Eriksson, P. – Kovalainen, A. (2008) *Qualitative methods in business research*. Sage Publications LTD., London.
- Ghildayal, N. S. – Kumar, S. – Shah, R. N. (2011) Examining quality and efficiency of the US healthcare system. *International Journal of Healthcare Quality Assurance*, Vol. 24 (5), 366–388.
- Goldratt, E. M. – Cox, J. (1992) *The Goal*. 2. uud. p. North River Press, New York.
- Grönroos, C. (2000) *Service management and marketing. A customer relationship management approach*. John Wiley & Sons, Chichester.
- Hannus, J. (1994) *Prosessijohtaminen. Ydinprosessien uudistuminen ja yrityksen suorituskyky*. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Heikkilä, Jyrki, Turun kaupungin mielenterveys- ja päihdepalvelujen tulosityksikköjohtaja, Palvelumuotoilulla parempia palveluita riskiryhmille -projektin ohjausryhmän jäsen. Haastattelu 10.10.2015.
- Helfert, M. (2009) Challenges of business process management in healthcare. Experience in the Irish healthcare sector. *Business Process Management Journal*, Vol. 15 (6), 937–952.
- Hillman, A. L. (2003) *Public finance and public policy . Responsibilities and limitations of government*. Cambridge University Press, New York.
- Holtari, S. (2015) Näin hoivan ja terveyden palvelut muuttuvat – Talouselämä hahmoteli Suomen uuden mallin. Talouselämä. <<http://www.talouselama.fi/lehti/nain-hoivan-ja-terveyden-palvelut-muuttuvat-talouselama-hahmotteli-suomen-uuden-mallin-6064677>>, haettu 13.11.2015.
- Johnston, R. – Clark, G. – Shulver, M. (2012) *Service operations management: improving service delivery*. 4. uud. p. Pearson, Italy.
- Johnston, R. – Jones, P. (2004) Service productivity. Towards understanding the relationship between operational and customer productivity. *International Journal of Productivity and Performance Management*, Vol. 53 (3), 201–213.

- Junnila, M. – Aho, T. – Fredriksson, S. – Keskimäki, I. – Lehto, J. – Linna, M. – Miettinen, S. – Tynkkynen, LK. (2012) *Sitä saa mitä tilaa – Tilaaja-tuottaja-toimintatavan kehittyminen sosiaali- ja terveyspalveluissa*. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Raportti 42/2012. Tampereen Yliopistopaino Oy, Tampere.
- Kangasharju, A. (2008) Tuottavuus osana tuloksellisuutta. Kuntaliiton verkkojulkaisu. <https://www.vatt.fi/file/personal/kangasharju/tuottavuus%20osana%20tuloksellisuutta.pdf>, haettu 20.5.2014.
- Kapiainen, S. – Väisänen, A. – Haula, T. (2014) *Terveyden- ja sosiaalihuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2011*. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Raportti 3/2014. Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere.
- Kaplan, R. S. – Norton, D. P. (1996) *The balanced scorecard: Translating strategy into action*. Harvard Business School Press, Boston, MA.
- Kaplan, R. S. – Porter, M. E. (2011) How to solve the cost crisis in healthcare. *Harvard Business Review*, Vol 89 (9), 47-64.
- Kestilä, L. (2008) *Pathways to health : determinants of health, health behaviour and health inequalities in early adulthood*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja A23/2008. Yliopistopaino, Helsinki.
- Kiiskinen U. – Vehko, T. – Matikainen, K. – Natunen, S. – Aromaa, A. (2008) *Terveyden edistämisen mahdollisuudet – vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:1. Yliopistopaino, Helsinki.
- Kivistö, A. (2003) *Talousohjaus ja tuotteistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja. C Oppimateriaalit, Tampere.
- Kollberg, B. (2007) *Performance measurement systems in Swedish healthcare systems*. Linköpings universitet, Linköping.
- Kuntien ja kuntayhtymien tuottavuustilasto (2013) Suomen virallinen tilasto (SVT). Tilastokeskus.
 <
 http://www.tilastokeskus.fi/til/kktu/2011/kktu_2011_2013-03-01_tie_001_fi.html>, haettu 13.5.2014.
- Kuusi, O. – Ryynänen, O-P. – Kinnunen, J. – Myllykangas, M. – Lammintakanen, J. (2006) *Terveydenhuollon tulevaisuus. Tulevaisuusvaliokunnan kannanotto vuoden 2015 terveydenhuoltoon*. Eduskunnan kanslian julkaisu 3/2006, Helsinki.
- Lillrank, P. – Groop, J. – Malmström, T. (2010) Demand and supply-based operating modes – A framework for analyzing health care service production. *Milbank Quarterly*, Vol. 88 (4), 595–615.
- Lillrank, P. – Groop, J. – Venesmaa, J. (2011) Processes, episodes and events in health service supply chains. *Supply Chain Management: An International Journal*, Vol. 16 (3), 194–201.

- Lillrank, P. (2008) Tuottavuuden merkitys ja tuottavuuden parantaminen yrityksissä ja julkishallinnon organisaatioissa. Toimihenkilöiden tuottavuuspäivä, Helsinki, 8.2.2008.
- Lillrank, P. Lean-ajattelu terveydenhuollossa. Nordic Healthcare Group Oy. <http://www.nhg.fi/doc/NHG_Lean_Whitepaper.pdf>, haettu 20.9.2014.
- Liukko, M. (2001) Hoitovirheistä ja hoidon haitoista terveydenhuollon laatujohtamisen haasteena. *Sairaalaviesti* 1, 17–18.
- Lumijärvi, I. (1994a) *Laadun arviointi sosiaali- ja terveysalan palveluyksiköissä*. Vaasan yliopiston julkaisuja. Tutkimuksia No 186. Hallintotiede 17. Vaasan yliopisto, Vaasa.
- Lumijärvi, I. (1994b) *Vaikuttavuusarviointi sosiaali- ja terveysalan palveluyksiköissä. Käsitteellisiä tarkennuksia ja sovellutusesimerkkejä*. Vaasan yliopiston julkaisuja. Tutkimuksia No 187, Hallintotiede 18. Vaasan yliopisto, Vaasa.
- Lumijärvi, I. (1999) *Tasapainotetun mittariston malli ja kunta-alan tuloksellisuusarviointi*. Työturvallisuuskeskus. Edita, Helsinki.
- Lumijärvi, I. (2002) Henkilöstövoimavarojen aikaansaannoskyky-osion tutkiminen ja arviointi julkisella sektorilla. Teoksessa: *Henkilöstövoimavarojen analysointi, seuranta ja kehittäminen*, toim. Suurnäkki, T. Asiantuntijat kertovat. Työturvallisuuskeskus. Gummerus, Helsinki.
- Mielenterveys- ja päihdepalvelut Turussa* (2013) Turun kaupungin hyvinvointitoimiala. <http://www.turku.fi/sites/default/files/atoms/files/mielenterveys-ja_paihdepalvelut_turussa_opas.pdf>, haettu 20.9.2015.
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma - Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015* (2012) Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 24/2012. Sosiaali- ja terveysministeriö. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere.
- Mintzberg, H. (1979). *The Structuring of Organizations*. Prentice Hall, NJ.
- Mintzberg, H. (1983 ja 1990). Organisaatiosuunnittelu. Rastor-Julkaisut, Helsinki.
- Moring, J. (2010) Mielenterveyspalvelut hoitoonpääsy tietojen valossa. Teoksessa: *Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009*, toim. Airi Partanen – Juha Moring – Esa Nordling – Viveca Bergman, 31–35. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Avauksia 16/2010. Yliopistopaino, Helsinki.
- Mäki, T. (2004) *Laadun informaatio-ohjauksen haasteet – hoitohenkilökunnan ja laatu-suositusten laadulle antamien merkitysten harmonisuus ja ristiriitaisuus*. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 109, Kuopio.
- Niskanen, J. (1997) *Markkinaohjautuvuuden vaikutus arvoihin julkisessa sairaanhoidossa*. Acta Wasaensia 56. Hallintotiede 3. Vaasan yliopisto, Vaasa.

- O'Connor, G.G. (1988) Case management: system and practice. *Social Casework: The Journal of Contemporary Social Work*, Vol. 69, 97–106.
- OECD economic surveys: Finland (2012) OECD, OECD publishing, Paris, 17–22.
- Ohno, T. (1978) *The Toyota production system: beyond large-scale production*. Productivity Press, Portland.
- Pahlman, I. (2003) *Potilaan itsemääräämisoikeus*. Edita Helsinki.
- Parasuraman, A. – Zeithaml, V. A. – Berry, L. L. (1985) Problems and strategies in service marketing. *Journal of Marketing*, Vol. 49 (1), 33–46.
- Partanen, A. (2010) Päihdepalvelujärjestelmä. Teoksessa: *Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009*, toim. Airi Partanen – Juha Moring – Esa Nordling – Viveca Bergman, 35–39. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Avauksia 16/2010. Yliopistopaino, Helsinki.
- Peruspalveluohjelma 2013–2015 (2011) Peruspalveluohjelman ministeriryhmä. Valtiovarainministeriön julkaisuja 37a/2011. Tampereen Yliopistopaino Oy, Tampere.
- Petitti, D.B. (2000) *Meta-analysis, decision analysis, and cost-effectiveness analysis: Methods for quantitative synthesis in medicine*. Oxford University Press, New York.
- Porter, M. E. (1985) *Competitive advantage: Creating and sustaining superior performance*. The Free Press, New York, NY.
- Sanerma, P. (2009) *Kotihoitotyön kehittäminen tiimityön avulla - toimintatutkimus kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymisestä*. Acta Universitatis Tamperensis: 1458. Tampereen Yliopistopaino Oy, Tampere.
- Seppänen, T. (2015) Asiantuntijat: Hallituksen vaivihkaa valmisteleva asetus vie rahaa köyhiltä ja sairailta. Yleisradio. <http://yle.fi/uutiset/asiantuntijat_hallituksen_vaivihkaa_valmistelema_asetus_vie_rahaa_koyhilta_ja_sairailta/8490713>, haettu 30.11.2015.
- Silvennoinen-Nuora, L. (2010) *Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa. Mikä mahdollistaa vaikuttavuuden ja vaikuttavuuden arvioinnin*. Acta Universitatis Tamperensis: 1558. Tampereen Yliopistopaino Oy, Tampere.
- Soininen, M. (2015) Turku kouluttaa tulevia lääkäreitä ja sosiaalityöntekijöitä yhdessä. Potilaan Lääkärilehti. <<http://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/turku-kouluttaa-tulevia-laakareita-ja-sosiaalityontekijoita-yhdessa/#.VwtzumM6VSz>>, haettu 13.10.2015.

- Solantaus, T. – Niemelä, M. – Huilaja, T. – Räsänen, S. (2011) Mielenterveys- ja päihdeongelmien sekä sosiaalisen syrjäytymisen ylisukupolvisen siirtymisen ehkäisy. – Toimiva lapsi & perhe THL:n kärkihankkeena. Teoksessa *Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Toimeenpanosta käytäntöön 2010*, toim. Juha Moring – Anne Martins – Airi Partanen – Viveca Bergman – Esa Nordling – Veijo Nevalainen, 158–168. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 6/2011. Juvenes Print, Tampere.
- Solantaus, T. – Paavonen, J. (2009) Vanhempien mielenterveyshäiriöt ja lasten psykiatriset ongelmat. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, Vol. 125(17), 1839–1844.
- Stickdorn, M. – Schneider, J. (toim.) (2011) *This is service design thinking*. John Wiley & Sons Inc., Hoboken, New Jersey.
- Tangen, S. (2005) Demystifying productivity and performance. *International Journal of Productivity and Performance Measurement*, Vol. 54 (1), 34–46.
- Tanttu, K. (2007) *Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa. Prosessilähtöisen toiminnan hallinta koordinoinnin näkökulmasta*. Acta Wasaensia No 176. Sosiaali- ja terveyshallintotiede 2. Vaasan yliopiston julkaisuja, Vaasa.
- Tuominen, Jenni, sosiaalityöntekijä Palvelumuotoilulla parempia palveluita riskiryhmille -projektissa, Turun kaupunki. Sähköpostiviesti 6.2.2015.
- Tuominen, R. (1981) *Organisaatioteoreettinen tutkimus koordinoinnista*. Turun kaupakorkeakoulun julkaisuja A-4/1981, Turku.
- Turun kehittämisosion toiminnan kuvaus ja tilannekatsaus. Sosiaali- ja terveysministeriö. <<https://www.innokyla.fi/documents/662466/13d02047-95d1-4b97-accb-719ef802312f>>, haettu 1.1.2016
- Turun sosiaali- ja terveystoimen potilasvirta-analyysi (2012) PricewaterhouseCoopers Oy. <<http://ah.turku.fi/perla/2012/1003015x/Images/1188988.pdf>>, haettu 23.2.2014.
- Womack, J.P. – Jones, D.T. (2005) *Lean solution. How companies and customers can create value together*. The Free Press, New York, NY.
- Yin, R. K. (1994) *Case stude research: design and methods*. 2. Painos. Sage Publications Inc., California.
- Yin, R. K. (2003) *Case study research: design and methods*. 1. Painos. Sage Publications Inc., California.
- Yin, R. K. (2003) *Case study research: design and methods*. 3. Painos. Sage Publications Inc., California.
- Yksityisen palvelutuotannon rooli julkisessa palvelutuotannossa* (2005) Tuottavuuden toimenpideohjelman selvitysryhmä. Työryhmämuistioita 6/2005. Valtiovarainministeriö. Edita Prima Oy, Helsinki.

Øvretveit, J. (1995) *Moniammatillisen yhteistyön opas*. Hakapaino, Helsinki.

LIITTEET

Liite 1 Esimerkkitapaus 1

Pekka on 45-vuotias työtön mies. Hän on ollut työttömänä yhtäjaksoisesti 2,5 vuotta, sitä ennen töissä telakalla koko työuransa. Alkoholin suurkulutusta ollut jo työelämässä, nyt työttömänä tilanne on pahentunut. Työ- ja elinkeinotoimisto on ohjannut Pekan työkokeiluun, jonka hän keskeytti 2 viikon jälkeen. Seurauksena oli viiden kuukauden työssäoloehto, jona aikana ei ole oikeutta työttömyysturvaan. Pekan terveydentila on heikentynyt rajusti viimeisen puolen vuoden aikana. Työ- ja elinkeinotoimistosta hänet on ohjattu työttömien terveystarkastukseen, jossa on todettu ulkoisen olemuksen epäsiisteys ja terveysongelmina korkea verenpaine, maksa-arvojen kohoaminen, korkea kolesterolipitoisuus, diabetesoireilu, keskivartalolihavuus ja mielialan lasku. Hän sai ohjeistuksen hakeutua lääkärin vastaanotolle, muttei ole mennyt. Pekka asuu yksin, ja on eronnut. Hänellä on kaksi aikuista lasta, jotka asuvat toisessa kaupungissa, ja yhteydenpito on vähäistä. Sosiaalinen elämä on aikaisemmin kytkeytynyt vahvasti työpaikalle. Työttömyyden myötä sosiaalinen piiri on kaventunut. Kokee, ettei jaksaa ylläpitää vähäisiäkään sosiaalisia suhteita. Sosiaalityöntekijän luo Pekka tuli haettuaan ensimmäistä kertaa toimeentulotukea. ”Pudottuaan” ansiosidonnaiselta päivärahalta työmarkkinatuelle ja siitä edelleen toimeentulotuelle on taloudellinen tilanne ollut vaikea. Yksi vuokra on jäänyt maksamatta, ja sitä hän nyt lyhentää erissä vuokranantajalle tavallisen kuukausivuokran lisäksi. Sosiaalityöntekijän luona käy ilmi Pekan kokemus heikentyneestä terveydentilasta ja runsas alkoholin käyttö. Lisäksi työntekijän huolenaiheena on Pekan saamattomuus hoitoon hakeutumisessa, ulkoisen olemuksen huomattava epäsiisteys ja Pekan kuvaama yksinäisyys.

Liite 2 Esimerkkitapaus 2

Jonna on 28-vuotias nainen. Diagnooseina on keskivaikea masennus ja yleistynyt ahdistuneisuushäiriö sekä tyypin 1 diabetes, joka on pysynyt kohtalaisessa hoitotasapainossa. Lisäksi Jonna on buprenorfiniriippuvainen (opiaattilääkevalmiste), käyttää ainetta suonensisäisesti, ja käyttää myös amfetamiinia satunnaisesti. Anamneesissa on yksi hoitjakso nuorisopsykiatrian osastolla Jonnan ollessa 16-vuotias. Tuolloin häntä hoidettiin itsetuhoisen käytöksen ja koulunkäyntiin liittyvien vaikeuksien vuoksi. Sitten hoitokontakti on ollut terveyskeskuslääkärin läheteellä myös aikuispsykiatrian psykiatrian poliklinikalla, jossa on epäilty kaksisuuntaista mielialahäiriötä. Hoito on kuitenkin päättynyt, koska Jonna ei ole kokenut saaneensa mitään apua ongelmiinsa. Itse Jonna uskoo sairastavansa ADHD:ta (aktiivisuus- ja tarkkaavaisuushäiriö) ja on pettynyt siihen, ettei tätä ole psykiatrialla riittävästi tutkittu. Viimeisin hoitokontakti on ollut terveyskeskuksen läheteellä päihdepsykiatrian poliklinikalla noin vuosi sitten. Opiaattiriippuvuuden korvaushoidosta on ollut puhetta, mutta Jonna itse ei ole tähän ollut motivoitunut. Aloitettu buprenorfiiniavusteinen vieroitus avohoidossa, mutta jakso on keskeytynyt, kun poikaystävän kanssa oli tullut riitaa ja suhde oli päättynyt eroon. Käyttö on tämän jälkeen jatkunut ja kontakti päihdepsykiatriseen poliklinikkaan on katkennut.

Jonna on asioinut terveysasemalla toistuvasti hakien apua psyykkisiin oireisiinsa. Lääkityskokeiluja tähän liittyen on ollut useita, mutta ei ole näistä kokenut hyötyvänsä. Toistuvasti toivonut ADHD-tutkimuksia; tähän liittyen on tullut esiin, että Jonna on jonkin aikaa käyttänyt Concerta-lääkettä yksityislääkärin määräämänä.

Jonna on opiskellut maatalousoppilaitoksessa puutarhanhoidon opinnoissa. Kokee pärjänneensä suhteellisen hyvin huolimatta päihteiden käytöstä ja keskittymisvaikeuksista. Opinnot kuitenkin olivat keskeytyneet puoli vuotta sitten, kun Jonna ei pystynyt sitoutumaan opintoihin liittyvään työharjoitteluun. Ei pystynyt heräämään aamuisin ja työtehtävissä pärjääminen oli haasteellista muisti- ja keskittymisvaikeuksien takia. On saanut viestiä koulun opinto-ohjaajalta, että on mahdollisuus palata opintoihin yksilöllisesti laaditun opiskelusuunnitelman mukaisesti. Jonnan oma tavoite on päästä työelämään.

Liite 3 Esimerkkitapaus 3

Arja on 47-vuotias yksin asuva nainen, joka on ollut työttömänä jo lähes 10 vuoden ajan. Hänellä ei ole omaa perhettä, sisaruksiin pitää yhteyttä hyvin harvakseltaan. Arjalla on runsaasti erilaisia somaattisia oireita, joiden vuoksi hän on asioinut terveyskeskuksessa. Psykkisellä puolella on todettu pitkäaikainen masennus, kroonisesti mielialan alavireisyyttä. Työttömyysaikana hän on ollut vaihtelevasti sairauslomilla ja saanut myös kuntoutustukea. Ajoittain on ollut myös kuolemanajatuksia, mutta ei itsetuhoyrityksiä. Jatkuvassa käytössä on runsas lääkitys niin psyykkiin kuin somaattisiin oireisiin. Masennuksen hoitokontakti on ollut yleispsykiatrian poliklinikalla, mutta hoito katkesi joitakin vuosia sitten huonon sitoutumisen vuoksi. Vuotta myöhemmin terveyskeskuslääkäri teki uuden lähetteen psykiatrian poliklinikalle masennuksen vuoksi. Siellä todettiin uuden jakson ensimmäisellä käynnillä huomattava alkoholin käyttö, ja hänet ohjattiin A-klinikalle, jossa kävi lyhyen jakson. Arjan äidin kuoltua oma kuolemantoive voimistui niin, että hän otti yliannoksen alkoholia ja lääkkeitä. Naapuri hälytti ambulanssin ja Arjaa seurattiin päivystyksessä yön yli. Päivystävä psykiatri teki lähetteen psykiatrian poliklinikalle, jonne Arja ei mennyt. Arjan taloudellinen tilanne on heikko, on työvoiman ulkopuolisena työnhakijana, eikä saa työttömyysturvaa. Kokee itse olevansa työkyvytön. On pitkäaikainen toimeentulotuen asiakas. Sosiaalityöntekijän vastaanotolla Arja vaikuttaa tuskaiselta, istuu kumarassa ja huokailee. Sosiaalityöntekijä huomaa hänen laihtuneen sitten viime tapaamisen. Keskustelussa nousee esiin epäluottamus ja pettymyksen kokemukset liittyen terveydenhuoltoon. Kertoo itse kärsivänsä voimakkaasta sosiaalisten tilanteiden pelosta, jonka vuoksi ei juuri liiku kodin ulkopuolella. Oman kertomansa mukaan alkoholia ottaa välillä helpottaakseen tätä. Somaattinen vointi aiheuttaa suurta huolta, uskoo ehkä sairastavansa jotakin vakavaa sairautta. Kokee kuitenkin, ettei hänen huoliaan terveydenhuollossa ole otettu vakavasti. Ajattelee itse taloudellisten vaikeuksien, somaattisten vaivojen ja sosiaalisten tilanteiden pelon olevan pääasiallisia ongelmiaan. Sosiaalityöntekijällä herää huoli Arjan psyykkisestä voinnista ja alkoholin käytöstä.

Liite 4 Esimerkkitapaus 4

Sanna on 23-vuotias lähihoitaja. Hänellä on pitkäaikainen sijaisuus vanhainkodissa, työ on kolmivuorotyötä. Sanna ei erityisemmin nauti työstään, kolmivuorotyö on raskasta, mutta palkka on vuorotyön vuoksi kohtalaisen hyvä. Sanna asuu kissansa kanssa vuokra-asunnossa lähiössä ja viihtyy siellä hyvin. Tupakoinnin Sanna aloitti 15-vuotiaana, tällä hetkellä Sanna polttaa noin askin päivässä. Sannalla on laaja kaveripiiri mutta vain yksi läheinen ystävä. Äiti asuu samassa kaupungissa ja tähän Sannalla on läheiset välit, asuivathan he kaksistaan lähes koko Sannan lapsuuden ajan. Äiti on tällä hetkellä pitkällä sairauslomalla laitospulaisen työstään. Viimeisen vuoden aikana Sannalla on ollut useita käyntejä terveysasemalla, sekä lääkärin että hoitajan vastaanotoilla. Sanna hakeutuu vastaanotoille sairausloma-asioissa usein maanantaisin, sairausloman syinä useimmiten päänsärky, pahoinvointi tai ripuli. Sanna on lääkärin vastaanotolla aiemmin kertonut kärsivänsä unettomuudesta ja epämääräisistä vatsavaivoista. Vaivoja ei ole tutkittu. Lisäksi Sannalla on ajoittaista mielialan laskua ja ahdistuneisuuden tunnetta, viime aikoina mieliala on tuntunut erityisen matalalta eikä Sanna ole jaksanut tavata kavereitaan entiseen tapaan. Myös kotiaskareet ja kaupassa käynti tuntuvat välillä ylivoimaisilta. Puolitoista vuotta sitten Sanna kävi päivystyksessä lauantain- ja sunnuntain välisenä yönä kaaduttuaan ja murrettuaan ranteensa. Tuolloin Sanna puhalsi 2,3 promillea. Meneillään oli kaupunkifestivaali ja Sanna myönsi itsekin nauttineensa hieman liikaa alkoholia. Sen jälkeen ei asiaan ole puututtu. Nyt Sanna on varannut ajan terveysasemalle, selitteenä vatsavaivat, sairausloma?

Liite 5 Esimerkkitapaus 5

Seppo on 48-vuotias mies. Hän työskentelee pienyrityksessä, jossa hän on johtoasemassa. Työ on ajoittain erittäin stressaavaa ja kiireistä, työpäivät ovat pitkiä ja ajoittain asiakastapaamiset venyvät pitkälle iltaan ja yöhön. Asiakastapaamisia on koko Etelä-Suomen alueella, ruokaa ja juomaa on tapaamisissa tarjolla runsaasti. Seppo ajaa liikematkat omalla autollaan, toisinaan Seppo joutuu yöpymään hotellissa ja ajaa kotiin vasta seuraavana päivänä. Päivärytmi on epäsäännöllinen. Seppo on naimisissa. Työnsä luonteen vuoksi vapaa-aikaa jää vähän ja sen Seppo mieluiten käyttää rentoutumiseen kotona hyvän ruoan ja juoman kera. Myös työpäivien jälkeen Seppo ottaa mielellään muutaman oluen tai punaviinilasillisen päästäkseen paremmin uneen, Sepolla on ajoittain nukahtamisvaikeuksia ja yöuni on katkonaista. Sepolla on runsas keskivartalo-obesiteetti. Lääkärillä Seppo ei ole käynyt vuosiin, eikä hänellä ole säännöllisiä lääkityksiä. Vointinsa hän kokee kohtalaisen hyväksi vaikkakin välillä liikkumattomuus ja heikko fyysinen kunto haittaavat. Toisinaan Seppo tuntee itsensä erittäin ärtyneeksi ja hänen on vaikea keskittyä asioihin. Iltaisin ja viikonloppuisin rentoutuessa olo kuitenkin helpottaa. Työ pitää Sepon niin sidottuna, ettei hänellä ole ollut aikaa miettiä omaa terveydentilaansa. Vaimo on patistanut Sepon nyt terveydentilan tarkastukseen lääkärin vastaanotolle, Seppo on itse sitä mieltä että tulee turhaan.

Liite 6 Esimerkkitapaus 6

Teppo on työkyvyttömyyseläkkeellä oleva 58-vuotias mies, jolla diagnosoituna alkoholiriippuvuus. Työkyvyttömyyseläkkeellä on selkävamman takia. Toistuvia käyntejä päivystyksessä tapaturmien seurauksena. Viimeisen vuoden aikana päivystyskäyntejä yhteensä seitsemän. Käy terveysasemalla terveydenhoitajan kontrollissa korkean verenpaineen takia. Lisäksi useita käyntejä terveydenhoitajalla liittyen tapaturmien jälkihoitoon. Edelliselle lääkärinajalle kuukausi sitten jättänyt tulematta. Vaimo on yhteydessä terveysasemalle puhelimitse. Kertoo miehensä tilanteen heikentyneen, mies on juonut jo useita päiviä peräkkäin ilman taukoa, ei ole syönyt, fyysinen kunto on heikko. Kävely on huteraa ja mies on jo useamman kerran virtsannut sänkyynsä. Vaimo kertoo käskeneensä miestä katkaisuhuoltoon, mutta hän ei ole suostunut. Vaimo on puhelun aikana itkuinen ja epätoivoinen. Hoitaja pyytää miehen puhelimeen. Mies on puhelimesta asiallinen ja orientoitunut, mutta ilmaisee vahvasti haluttomuuttaan mihinkään hoitoon.

Liite 7 Esimerkkitapaus 7

Matti on vanhuuseläkkeellä oleva 70-vuotias mies. Hän asuu yksin 1h+k vuokra-asunnossa Turkulaisessa lähiössä. Asunto on lähes asumiskelvottomassa kunnossa. 15 vuotta sitten Matti sairastui aivoinfarktiin, jonka seurauksena kehon toinen puoli halvaantui. Kotihoito kävi sairastumisen jälkeen Matin luona 1,5 vuotta, mutta käynnit lopetettiin, koska Matin toimintakyvyn katsottiin palautuneen riittävän hyvälle tasolle.

Kotona Matti liikkuu rollaattorin avustuksella ja kauppamatkat hän hoitaa itsenäisesti kerran tai kaksi viikossa. Viime aikoina kauppareissut ovat usein jääneet tekemättä. Naapuri on tuonut Matille välillä ruokaa. Matilla ei asu Turussa läheisiä, lapset asuvat pohjoisessa ja heihin Matti on harvoin yhteydessä. Välit ex-vaimoon ovat katkenneet vuosikymmeniä sitten. Matilla on hoitosuhde terveyskeskuslääkäriin, mutta tapaamisilla hän on käynyt harvoin, lääkereseptit on uusittu sähköisesti tai puhelin-kontaktissa. Naapuri löysi Matin rappukäytävästä ja hälytti poliisin, koska Matti käyttäytyi sekavasti. Poliisi vei Matin ensin selviämisasemalle ja sieltä Matti siirtyi katkaisuhuitoasemalle.

Liite 8 Esimerkkitapaus 8

Jani on 31-vuotias mies, jolla pegasostietoihin kirjattu ilmeinen lääke-riippuvuus. Hän työskentelee satunnaisesti rakennuksilla, jossa tekee purkutöitä. Taustalla on useampi kouluttautumisyritys, mutta koulutukset ovat aina keskeytyneet, eikä Janilla ole ammatillista koulutusta. Työhistoria on hyvin rikkonainen ja tälläkin hetkellä Jani on työttömänä. Työllisyystilanteen vaihtelun vuoksi hänellä on ollut ajoittaista toimeentulotuen tarvetta. Jani on ollut skootterionnettomuudessa noin viisi vuotta sitten, jonka seurauksena kärsii kroonisesta hermokivusta. Onnettomuuden jälkeen hän on kärsinyt lisäksi unettomuudesta ja paniikkioireista, josta syystä hänellä on ollut hoitosuhde psykiatrian akuuttipoliklinikkaan noin puolen vuoden ajan onnettomuuden jälkeen. Hoitosuhde on kuitenkin katkennut. Viime aikoina Jani on ollut yhteydessä terveysasemalle lähes viikoittain, tarvetta ollut reseptien uusimiselle. Reseptejä on pyrkinyt saamaan uusittua ennen aikaisesti vedoten erilaisiin syihin. Kertoo esimerkiksi repun tulleen varastetuksi. Lääkityksenä tällä hetkellä on Tramal, Lyrica, Panadol, Rivatril ja Tenox. Jani tulee terveysasemalle jälleen lääkitysasioissa. Vastaanotolla kertoo kipujen vaivaavan jatkuvasti. Kertoo myös rahatilanteensa olevan heikko, lisäksi kertoo kärsivänsä tekemisen puutteesta päivisin, kun töitäkään ei viime aikoina ole ollut. Tilanne vetää Janin mukaan mielen matalaksi.

Liite 9 Esimerkkitapaus 9

Sami on 30-vuotias vailla ammattikoulutusta oleva työtön työnhakija. Tulona hänellä on työmarkkinatuki, asumistuki sekä toimeentulotuki. Samin äiti ja isä erosivat Samin ollessa 3-vuotias. Eron jälkeen Sami jäi asumaan isän äidin kanssa. Sami siirrettiin erityisluokalle 4 luokalla käytöshäiriöiden vuoksi. Peruskoulun päättötodistus jäi saamatta.

Samilla on pitkä huumeidenkäyttöhistoria. Tupakanpolton Sami aloitti 11-vuotiaana ja alkoholia hän kokeili ensimmäisen kerran ollessaan 12-vuotias. 13-vuotiaana kuvioissa olivat alkoholin lisäksi lääkkeet ja satunnaiset huumeekokeilut. 16-vuotiaana Sami kokeili ensimmäisen kerran suonensisäisesti buprenorfinia ja jäi heti koukuun. Lisäksi hän käytti katukaupasta ostettuja lääkkeitä ja lääkäriltä saatuja reseptilääkkeitä. 25-vuotiaana Sami lähti Mikkeli Yhteisöön 6kk mittaiseen kuntoutukseen ja lopetti huumeidenkäytön kokonaan. Kuntoutuksessa Sami tapasi avopuolisonsa, jonka kanssa toimi NA:ssa aktiivisesti. Sami oli kuntoutuksen jälkeen kuivilla 3 vuotta, jonka jälkeen aloitti kannabiksen käytön uudelleen, käyttö kestänyt nyt 2 vuotta. Erosi pitkäaikaisesta avopuolisostaan puoli vuotta sitten, minkä jälkeen alkoholin käyttö on huomattavasti lisääntynyt. Hakeutui katkaisuhuoltoasemalle. Sami kokee vointinsa erittäin huonoksi.